

الصحة النفسية للطفل

دكتور / محمد المهدي

رئيس قسم الطب النفسي

كلية طب دمياط - جامعة الأزهر



مكتبة الانجلو المصرية

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر إعداد الهيئة المصرية العامة لدار الكتب والوثائق القومية ، إدارة الشؤون الفنية .

المهدى ، محمد .

الصحة النفسية للطفل / محمد المهدى . - ط ١ . -

القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية ، ٢٠٠٧ .

١٧٣ ص ، ١٧×٢٤ سم

١- الأطفال - علم نفس أ- العنوان

رقم الإيداع : ١٩٤٠٨

ردمك : X - ٢٢٦٦-٠٥-٩٧٧ تصنيف ديوى : ١٥٥,٤

المطبعة : محمد عبد الكريم حسان

الناشر : مكتبة الانجلو المصرية

١٦٥ شارع محمد فريد

القاهرة - جمهورية مصر العربية

ت : ٣٩١٤٣٣٧ (٢٠٢) ؛ ف : ٣٩٥٧٦٤٣ (٢٠٢)

E-mail : angloebs@anglo-egyptian.com

Website : www.anglo-egyptian.com

إهداء

إلى الطفل الفلسطيني
الذي حُرِمَ كل مباحج الطفولة
وتفتحت عيناه على الجرافات الإسرائيلية
تهدم بيته وعلى الصواريخ الإسرائيلية
تخطف أحبابه وتحرق لعبه

فهرس الموضوعات

صفحة	الموضوع
٤٨ - ٧	* الباب الأول : الصحة النفسية للطفل
٩	١ - قواعد الصحة النفسية للطفل .
٢٤	٢ - نماذج تربوية .
٣٠	٣ - الجانب الوجداني فى التربية .
٣٥	٤ - أخطاء تربوية شائعة .
٣٨	٥ - نماذج مرضية فى الأسرة .
٤٢	٦ - سيكولوجية التبني .. الكفالة .. الأسرة البديلة .
١٤٩ - ٤٩	* الباب الثانى : الإضطرابات النفسية فى الأطفال
٥١	١ - القلق .
٥٣	٢ - إضطرابات النوم .
٥٥	٣ - إضطرابات النمو الشاملة .
٥٥	١ - إضطراب الذاتوية (التوحد - الأوتيزم) .
٦٢	٢ - إضطراب رت .
	٣ - الإضطراب المفكك للقدرات العقلية
٦٢	فى الطفولة .
٦٣	٤ - إضطراب أسبرجر .
٦٤	٤ - إضطراب ضعف الإنتباه / زيادة الحركة .
٧٦	٥ - إضطراب السلوك .
٨٥	٦ - السلوك العدوانى .
٨٨	٧ - السرقة .
٩٤	٨ - الكذب .

صفحة	الموضوع
١٠١	٩ - الطفل العنيد (اضطراب العناد الشارد)
١١١	١٠ - التأديب .
١١٣	١١ - العقاب .
١١٥	١٢ - اضطرابات الإخراج :
١١٦	أ - البول (التبول اللاإرادي) .
١٣٢	ب - التغوط .
١٣٧	١٣ - التخلف العقلي .
١٣٩	١٤ - اضطرابات التعلم .
١٤٤	١٥ - اضطرابات الأكل .
١٤٨	١٦ - اضطرابات اللازمة .
١٦٦- ١٥١	* الباب الثالث : صور من العيادة النفسية .
١٥٣	١ - أحزان الطفولة .
١٥٦	٢ - الطفل التوحدي .
١٥٨	٣ - طفلى يعمل بموتور .
١٦٠	٤ - الطفل البكاء (الدكتاتور الصغير) .
١٦٢	٥ - طفلى الخائف المتردد .
١٦٤	٦ - أبنى يرفض المذاكرة .
١٧٢ - ١٦٧	* المراجع .

الباب الأول

الصحة النفسية للطفل

قواعد الصحة النفسية للطفل

إشكالية العلاقة بين الآباء والأبناء :

من خلال الجلسات النفسية الفردية وجلسات العلاج النفسي الجمعي ينكشف الستار عن اضطراب العلاقة بين الأبناء والآباء ، ويكون هذا الإضطراب من أهم العوامل المهيئة والمرسبة للإضطرابات النفسية لدى الطرفين . وفي أغلب الحالات تضطرب هذه العلاقة دون قصد فالوالدين بدافع فطري يريدان السعادة والنجاح لأبنائهما ولكنهما أحيانا يفقدان الطريق الصحيح عن غير قصد فيتورطان في الأفرط أو التفريط وتكون النتيجة في الحالتين إضطراباً نفسياً في الطفل الذي أحبانه ودفا حياتهما ثمناً ليكون سعيداً . ومما يزيد الأمر صعوبة في بيئتنا الشرقية أن إضطراب العلاقة بين الآباء والأبناء يظل تحت غطاء ساتر طوال الوقت ولا ينكشف إلا في ظروف شديدة الخصوصية كالعلاج النفسي الفردي أو الجمعي أو العائلي ، أما في غير هذه الظروف فإن الأبناء - غالباً - لا يجرون على الإقتراب من هذه المنطقة الحساسة وهم في حالة الوعي العادي ، أما الآباء فإن لديهم إعتقاد بأنهم قدموا أفضل ما عندهم لأطفالهم ولكن تمرد الأطفال وعصيانهم للأوامر هو الذي جعلهم في حالة إضطراب .

مفهوم الصحة النفسية :

تراكمت في السنوات الأخيرة معلومات مفيدة حول أفضل الوسائل للوصول إلى الصحة النفسية للطفل وعلاج الإضطرابات النفسية لديه ، وقد حاولنا - بعون من الله - أن ننتقى من المعلومات المتوافرة ما يتمشى مع ثقافتنا ويساعدنا في تربية أبنائنا وبناتنا بشكل صحيح .

ولا يعتقد أحد أن عملية التربية عملية سهلة ، وإنما هي دائماً تحتاج إلى جهد وتواجه مشكلات وصعوبات ، ونحن هنا نحاول أن يكون الجهد المبذول على الطريق الصحيح .

ونحن لن ندخل في عرض نظريات تربوية ترهق القارئ وربما لا تعنيه كثيراً

وإنما سنتكلم بشكل عملي من خلال الرسائل التي تصلنا كل يوم أثناء الجلسات النفسية العميقة سواء كانت فردية أو جماعية مع الأطفال وال كبار . وفي هذا الصدد نواجه سؤالاً بالغ الأهمية ، ما هي الصحة النفسية ؟ وكيف يصبح الإنسان صحيحاً نفسياً ؟ .

قد تكون الإجابة ببساطة هي أن الإنسان الخالي من الأمراض النفسية هو الإنسان الصحيح نفسياً ، لكن هذا التعريف للصحة النفسية مخنزل جداً ، ولا يؤدي الغرض ، لأن هناك بعض الأشخاص لا يعانون من أى مرض نفسى لكن أدائهم فى الحياة أقل مما هو متوقع لأمالهم ، فحركتهم فى الحياة وتكيفهم الاجتماعى وإبداعاتهم أقل مما هو متوقع ، فلا نستطيع أن نقول أن شخصاً ما صحيح نفسياً لمجرد كونه خالي من الأمراض النفسية بالمعنى الأكلينيكي لها ، إذاً فهناك تعريف أكبر وأشمل وأوسع للصحة النفسية . وإختصاراً لجهود كثيرة ، وصل العلماء إلى أن الصحة النفسية هي مفهوم إيجابى متعدد المستويات يكون فيه الإنسان صحيحاً على المستوى الجسدى ثم على المستوى النفسى ثم على المستوى الاجتماعى ، ثم على المستوى الروحى ، إذاً فهو مفهوم متعدد المستويات لا بد أن يكون فى حالة توازن ما بين إشباع هذه المستويات وتنشيطها ، فلو بالغ أحدهم فى إشباع الجانب الجسمانى على حساب الجانب النفسى أو على حساب الجانب الروحى ، فبالتالى يكون قد أخذ بالتوازن ، ويصبح غير صحيح نفسياً .

قواعد الصحة النفسية للطفل :

وإذا إنتقلنا من العام إلى الخاص وحاولنا الإجابة على تساؤل الأمهات (أو الآباء) : كيف أتعامل مع أبنى لكى يصبح صحيح نفسياً ؟

والإجابة على هذا التساؤل الهام تتمثل فى إتباع القواعد التالية :

١ - التوازن بين التطور والتكيف :

هناك قواعد تربية هامة يمكننا إعتبارها قاعدة فى هذا المجال ، وهى أن الطفل كائن نامى ، ينمو كل يوم ، ينمو فى جسده وفى تفكيره وفى طاقاته وفى إدراكه وفى كل شئ ، فهذا الطفل النامى يتغير من لحظة لأخرى ومن يوم لآخر ، وفى ذات الوقت يحتاج مع هذا التغيير المستمر وهذا النمو المطرد أن يكون فى حالة تكيف وإنضباط وسلام مع البيئة والمجتمع المحيط به ، وبهذا سنقول أن هذا الطفل لكى

يكون صحيح نفسياً ونظماً عليه ، فلا بد أن يكون هناك توازن بين متطلبات نموه وتطوره ومتطلبات تكيفه مع المجتمع والحياة ، ولكي نرى هذا المفهوم بشكل أوضح ، سنفترض أن هناك كفتين ، الأولى كفة التطور والثانية كفة التكيف ، ولكي يكون الطفل صحيح نفسياً ، لا بد من حدوث توازن ما بين هاتين الكفتين ، فلو تخيلنا أن كفة التطور زائدة عن كفة التكيف أو أصبحت هي الحائزة على الإهتمام فسيتطور الطفل وينمو بسرعة في جسمه وفي ذكائه وفي تفكيره وفي كل شئ يخصه ، ولكن - وبالمقابل - ليست له علاقة بالمجتمع الذي يعيش فيه ولا يتكيف معه ، فهو في حالة تطور مطلق بدون قيود ، وإذا ترك بهذا الشكل سيصبح أنانياً ولديه حالة نرجسية شديدة ولا يفكر إلا في نفسه ونموه وتطوره ، وفي النهاية سيكون مدمراً لمن حوله ولنفسه أيضاً وفي حالة صراع دائم مع البيئة التي يعيش فيها ، برغم كونه متطوراً ونامياً ومبدعاً .

وعلى العكس ، إذا كان هناك طفل آخر متكيف بدون تطور ، بمعنى أنه مطيع جداً ، هادئ جداً ، ولا يفعل شيئاً إلا بأمر من الأب أو الأم ، ويحتاج لأمر آخر ليوقف هذا الفعل ، فهو مطيع تماماً لكل ما يأتي إليه من أوامر وتوجيهات وليست له أى حركة تطور أو نمو أو تفكير أو إبداع أو أى شئ .

هذا الطفل في معيار الأب والأم وهو صغير طفل مريح جداً لأنه • (بيسمع الكلام) وهذا هو هدف كل أب وأم ، ولكن عندما يكبر سيدرك الأبوين أن هذا الطفل عبء شديد جداً عليهم لأنه لا يمتلك أى مبادرة ولا يمتلك أى ملكات أو قدرات ولا يستطيع عمل أى شئ بمفرده ، شخصية إعتماضية سلبية مملّة .

إذاً فلننتقل للصحة النفسية لأطفالنا لا بد من مساعدتهم حتى يتطوروا وينمووا وفي نفس الوقت نساعدهم على التكيف مع البيئة التي يعيشون فيها ، وهذا التوازن ليس توازناً جامداً أو ساكناً بحيث نزيد هذه الكفة وننقص الأخرى مرة واحدة وتنتهي المهمة ، لكن طالما كانت حركة النمو والتطور سريعة ومتغيرة فلا بد من أن يواكبها تغير في حركة التكيف ، فالتوازن هنا توازن ديناميكي بمعنى أنه يتطلب قدر عالى من المرونة ، كلما زادت كفة نزيد الأخرى بمقدار مناسب وهكذا .

٢ - الدوائر المتسعة : صحة الطفل - صحة الأم - صحة الأسرة -

صحة المجتمع :

وهذا التوازن (المذكور أعلاه) ليس فقط في دائرة الطفل ولكن هناك دوائر أخرى متتالية تحتاج للتوازن فلن ننظر للطفل على أنه كائن وحيد ، لكن سننظر إليه باعتباره دائرة تحوطها دائرة الأم تحوطها دائرة الأسرة تحوطها دائرة المجتمع ؛ ولهذا يجب أن تكون هناك حالة توازن بين هذه الدوائر فننظر لصحة الطفل وصحة الأم وصحة الأسرة وصحة المجتمع ، فالأم هي الحضان الأقرب للطفل ، فلا نتصور وجود ابن صحيح نفسياً وله أم مضطربة نفسياً ، والأسرة هي الحضان الأكبر الذي يحتضن الطفل والأم معاً ، فلا نتصور كون الطفل والأم صحيحين معاً في حين أن الأسرة مضطربة ، والطفل والأم والأسرة يحتضنهم المجتمع وهو الدائرة الأكبر فلا نتصور أن يبقى هؤلاء في صحة في حين أن المجتمع في حالة إضطراب .

وعندما نقوم كمعالجين بتقييم حالة طفل ننظر لهذه الدوائر ونحدد موضع الخلل ، فأحياناً يأتي الطفل بإضطراب معين ، وحينما نفحصه نجد أن هناك خلل في أحد هذه الدوائر أو في أكثر من دائرة ، فلا بد من التفكير في إصلاح هذا الخلل ، ولا نتوقف عند الطفل فقط ، لأن الطفل هو ممثل هذا الإضطراب ، فالطفل أكثر صدقاً وأكثر براءة وأكثر شفافية ، فيظهر فيه الإضطراب بوضوح لكن لا يكون هو أصل الإضطراب فقد يكون هذا الإضطراب من مكتسبة أو مجهدة أو مدمنة أو الأسرة أو المجتمع فننظر إلى أصل هذا الإضطراب . أحياناً نتجه مباشرة لعلاج الأم أو لعلاج الأسرة ، أو يكون هناك خلل إجتماعي معين ولو تم تصحيح هذا الخلل يكون هذا الطفل في حالة أفضل .

٣ - الصحة النفسية بين المطلق والنسبي :

وفي الواقع ، مفهوم الصحة النفسية لكل هؤلاء (الطفل - الأم - الأسرة - المجتمع) مفهوم نسبي وليس مفهوماً مطلقاً ، بمعنى أنه يختلف من بيئة لأخرى ومن مجتمع لمجتمع ومن أسرة لأسرة وما يمكن إعتباره صحيحاً في مكان ، يمكن إعتباره إضطراباً في مكان آخر .

ولتقريب الفكرة ، سنحكي حكاية صغيرة عن شيخ قبيلة أناني جداً ، هذا الشيخ عرف بطريقة سرية أن البئر الذي تشرب منه القبيلة كلها ، سيسم في يوم من الأيام ،

ونظراً لأنانيته وحبه لنفسه ، أخذ يخزن مياه كافيته من هذا البئر في منزله حتى إذا تسمم البئر ، يجد ما يشربه ، فجاء اليوم وتسمم البئر فعلاً وأصيب أهل القبيلة كلهم بالجنون ولكنهم لم يموتوا ، فظل هو العاقل الوحيد بينهم ، طبعاً إستغرب أهل القبيلة تصرفاته في وسطهم ولم يحتملوه بينهم وفي النهاية قتلوه ، فعلى الرغم من أنه العاقل الوحيد بينهم إلا أن إختلافه جعله في أزمة معهم ، وحدث عدم تناسب بين تفكيره وتفكيرهم . إذن فلا بد من أخذ هذا العامل في الإعتبار ، لأن هناك إضطرابات كثيرة في الأطفال تكون مشكلتها النسبية في الصحة والزمان والمكان ، فلا بد من وضع إعتبار للزمان والمكان والظروف عند تقييم هذا الطفل .

سنعطى مثالاً آخر بسيط ليوضح هذه النقطة : لو أن هناك طفل تشتكى أمه من كونه كثير الحركة ويقفز فوق الشبايك وعلى البلكنات ويكسر الكراسي والأشياء ، وهم يعيشون في شقة غرفتين وصالة ، فهذا الطفل لو تخيلنا أنه إنتقل من هذه الشقة الضيقة المحددة الممتلئة بأشياء زجاجية وقابلة للكسر ، ووضعناه في بيت واسع حوله ساحة كبيرة وشجر ، وعاش الطفل في هذا المكان الجديد يجرى في الساحة الخضراء ويقفز فوق الأشجار كما يريد ، وقتها لن تحس الأم أى شقاوة منه أو أى حركة زائدة ، وفي نهاية اليوم يعود بعد هذا الجهد المصنئ ليناام والأم راضية وهو راض ، هنا إعتبار المكان والظروف مهم جداً .

٤ - الإستقطاب بين النقيضين مقابل الحوار والتعايش :

هناك أسر تكون في حالة إستقطاب ما بين نقيضين ، بمعنى أنها أسرة أحادية النظر وأحادية التفكير ، فلا ترى الأشياء إلا بلونين ، أبيض أو أسود ، ولا تستطيع رؤية درجات الألوان البيئية ما بين الأبيض والأسود ، يرون أن ما يفعله هو الصحيح المطلق وكل ما عداه خطأ ولا يقبل النظر ولا التفكير ولا الحوار ، فينشأ الطفل في هذا الجو وهو مستقطب إستقطاباً شديداً في ناحية واحدة أو إتجاه واحد ، أحادي التفكير ، لا يستطيع رؤية سوي إحتمال واحد في كل شئ ولون واحد من كل الألوان .

من هنا عندما يكون الإستقطاب في إتجاه ، لا بد أن يتصارع مع الإتجاه الآخر أو يضاده ، ويفقد هذا الطفل القدرة على التفاوض والتعايش مع الآخرين المختلفين عنه ، وبهذا الشكل يصبح الطفل دائماً في صراع مع أصحابه ، ومع الجيران ، ومع المجتمع ، وعندما يكبر ، يظهر موضوع الإستقطاب وأحادية التفكير مع الأب والأم ، لأنه تعود

أن الحقيقة واحدة فقط، الدنيا بها لون واحد ، عندما يكبر ويدخل فترة المراهقة ، يختلف عن الأب والأم ، لا يحتمل هذا الاختلاف فيبدأ بالعدوان على الأب والأم ، لأنهم لم يعودوا مع الآخرين ، والتحاور والتعايش معهم ، فيدفع الأب والأم ثمن هذا الاستقطاب الذي أعطوه للطفل من خلال الجو الأسرى القائم على فكرة الاستقطاب أو أحادية التفكير .

٥ - الإحتياجات بين الإشباع والحرمان:

للإنسان عدد كبير من الإحتياجات ، وهناك عالم نفس شهير هو أبراهام ماسلو، قام بعمل ما يسمى « هرم الإحتياجات » ، فقال إن الإنسان له إحتياجات جسمانية بيولوجية عبارة عن الأكل والشرب والسكن والملبس ، هذه الإحتياجات لا بد أن تشبع أولاً ، وتمثل قاعدة الهرم ، يليها إحتياج للأمن والإستقرار ، يليه إحتياج للإنتماء ، الإلتزام لأسرة وبلد وللإنسانية ، يليه إحتياج للحب ، أن يكون الإنسان قادراً على أن يحب ويحب ، يليه إحتياج للتقدير ، أن يحس بأن الناس يقدرونه كشخص ، ويقدرون ما يفعله ، وسعيدون به ، وإنتهى ما سلو في آخر الهرم بالإحتياج لتحقيق الذات ، أن يحقق الإنسان ذاته في هذه الحياة ، وتوقف عند هذه النقطة ، لأنه كان يتبع المدرسة الإنسانية ، التي كانت تنظر للإنسان على أنه هو نهاية المطاف ، لكننا نضيف إلى هذه الإحتياجات إحتياج مهم جداً هو التواصل الروحي ، فالإنسان لديه إحتياج للتواصل الروحي مع الله ، مع الكون ، مع السماء ، مع الغيب ، وهذا الإحتياج يمكن فهمه بشكل عملي وعلمي موضوعي من المعابد المنتشرة في كل أنحاء العالم تمثل مراحل التاريخ المختلفة ، وكيف أن الإنسان كان محتاجاً لأن يكون على علاقة بالسماء وباللله سبحانه وتعالى ، فأنشئت المعابد في كل الحضارات لتمثل هذا الإحتياج الحيوى المهم عند الإنسان .

وهذه الإحتياجات لا بد من أن تشبع بتوازن ، بمعنى أن نبدأ أولاً بالإحتياجات الأساسية ، الأكل والشرب والسكن والملبس ، ثم الأمان ، والإنتماء ، ثم الحب ، وهكذا .. كل حاجة من هذه الحاجات تشبع وتأخذ حقها ، ولا تطفئ إحداها على الأخرى ، ومع هذا هناك قاعدة مهمة وهي إن إشباع الإحتياجات لدرجة التخمّة يؤدي إلى حالة من الترهل والضعف والمرض ، فلا بد من وجود توازن بين درجة الإشباع ودرجة الحرمان ، فالإنسان محتاج أن يشبع وفي نفس الوقت أن يحرم من بعض الحاجات .. لماذا ؟ لأن الحرمان ينشط الدوافع ، ويجعل الإنسان يتحرك ويعمل ويكون عنده أمل ،

ويسعى وراء هدف لو أشبعت كل حاجة ، كل حاجة ، فسينتوقف الإنسان عن السعى والحركة والتفكير والإبداع إذن لا بد من وجود أشياء يحتاجها ... أشياء يحرم منها يسعى إليها ويحلم بها .

إذن فهناك توازن ما بين الإشباع والحرمان ، فالطفل لو أخذ كل إحتياجاته فلن يكون صحيحاً ، ولو حرم حرماناً شديداً ، ستصبح عنده مشاعر حقد وكراهية وحرمان وكره لمن حوله ، لأن كل الذى يحتاجه لا يجده . وقد وضع علماء النفس معادلة يمكن تجربتها ، وهى فى الحقيقة مفيدة ، قالوا أنه يكفى تلبية ٧٠% من إحتياجات الطفل ، بمعنى : لو الطفل طلب مائة حاجة ، يلبي له منها ٧٠ فقط ، حتى لو كل الـ ١٠٠ حاجة منطقيين وهو يحتاجهم فعلاً ، لكن تلبية الـ ١٠٠ حاجة لن تؤدي إلى سلامة هذا الطفل ، فلا بد من وجود شئ ينقصه .. يسعى إليه ويحلم به ، ويكون عنده الأمل أن يحصل عليها فى وقت من الأوقات ، ونشجعه أن يعمل ويسعى للحصول عليه .

٦ - مواكبة مراحل النمو :

غالباً ما تأتى الأم وتقول أن أولادها عندما كانوا صغار كانت تحبهم وتحسن بأنهم جزء منها ، وكانوا منسجمين جداً معها ، لكن عندما كبروا ، أصبحت تحسن بغربة معهم ، وكأنهم لم يعودوا أولادها ، ولم تعد منسجمة معهم كما كانت ، فهى عاجزة عن فهمهم ، وهم بالمثل غير قادرين على فهمها ، لا تعرف بالضبط من المخطئ هى أم هم هذه الأم نقول لها أنها كانت متفقتة مع أولادها فى مرحلة معينة وهم أطفال ، لكن أولادها يكبرون ويتطورون فى تفكيرهم وفى عاداتهم وفى تقاليدهم وفى تطلعاتهم ، لكن للأسف هى لم تتمكن من مواكبة هذه المراحل ، وقفت عند مرحلة معينة وثبتت عندها فى حين أن أولادها مستمرين فى النمو والتطور ، فهنا نشأت فجوة ما بين الأثنين ، فتكون الغربة وإختلاف اللغة ، فهى لا تفهم دنياهم ولا حياتهم ولا طبيعة المجتمع الذى يعيشون فيه ، وطريقة التعامل بينهم وهكذا نقول لها أنها هى والأب لا بد وأن يواكبوا مراحل النمو ، بمعنى أن يعيشوا معهم مرحلة مرحلة . وهذه المواكبة مفيدة ليس فقط للأبناء ، بل للأب والأم لأنهما أيضاً محتاجين لأن يعيدوا هذه المراحل مرة أخرى لأنفسهم ، فمثلاً هناك أب لم يعيش مرحلة طفولته جيداً ، ولم يعيش مرحلة مراهقته جيداً ، لأى سبب من الأسباب ، فيعيد التجربة مرة أخرى مع أولاده فى هذه المرحلة ، وكأنه يعيش المرحلة التى فقدتها أو التى أفلتت منه

بدون ذنب منه ، أو لأى ظروف حدثت ، هذا يفيد نفسياً ، لأن الأشياء التى لم يتمكن من فعلها ، سيعود لمعايشتها مرة أخرى ، فيكمل النقص أو الأماكن التى كانت مؤلمة نتيجة للحرمان فى مرحلة معينة ، وفى نفس الوقت سيكون على نفس الموجة مع أبنائه ، فتعطى فائدة مزدوجة للطرفين ، وتجدد دائماً طفولة ومراهقة وشباب الأب والأم وتقوم بعمل حالة من التكامل فى شخصيتهما .

٧ - إحترام إرادة الطفل :

كثيراً من الآباء والأمهات يظنون أن الطفل ليست له إرادة أو أنها تنمو عندما يكبر ويصبح شاباً أو رجلاً ، لكن الطفل له إرادة من وقت مبكر جداً (ويمكن أن تلاحظ الأم هذا من خلال رفضه لأشياء وتمسكه بأشياء) وليس مسلوب الإرادة ويتحرك بريوت كونترول كما يريد الأب والأم ، حتى وهما معترفين بوجود هذه الإرادة ، يريدون أن يلغوها ، لأنهما يعتقدان أن عندهم خبرة وعندهم معرفة بالحياة أكثر من هذا الطفل فلا بد من أن يختاروا له طريقته فى التفكير وفى الحياة وفى تحديد الأهداف والأساليب وكل شئ ، وكثير من الآباء والأمهات يصلون إلى درجة أن يحاولوا جعل هذا الطفل صورة طبق الأصل منهم ، وهم يعتقدون - وأهمين - أنهم أفضل صورة إنسانية ممكنة أو أفضل نموذج ممكن ، وعندما يواجه الطفل بمحاولة إلغاء إرادته يبدأ فى هذه اللحظة فى إتباع سلوك العناد ، وهذه مشكلة كثيرة من الآباء والأمهات يشكون منها ويقولون أن إبنهم عنيدا ، ويحاولون علاجه من هذا المرض ، العناد ! ، ويحضرون هذا الأبن لكى يقوم الطبيب النفسى أو المعالج بترويضه لكى يسمع الكلام ويقوم بتنفيذ كل ما يريدونه ، طبعاً هذا غير ممكن عملياً ، وإرادة الله أعطت لهذا الطفل هذه الملكة أن تكون له إرادة مستقلة ، خلقه الله صاحب إرادة ، فلماذا نحاول أن نغير خلق الله ، وهذا لا يعنى أن نتركه تماماً ليفعل كل ما يشاء بناءً على كونه لديه إرادة مستقلة .

وقد قام العلماء بتقسيم الهداية ، وهى نوع من التربية والتوجيه ، فقالوا إن الهداية نوعان : النوع الأول ، هداية إبلاغ ، ، والثانى ، هداية فعل ، . هداية الإبلاغ هذه أن نقول للطفل هذا صواب وهذا خطأ ، لابد لكى يكون عنده قانون يتكيف به مع الحياة والبيئة ومع الكون كله ، فلا بد أن يبلغ الأب والأم هذا القانون للطفل ، ولكن لا يتوقعوا الإمتثال التام لهذا القانون بمجرد إبلاغه ، لأن هناك هداية أخرى هى هداية الفعل ، أن يستجيب الطفل للرسالة التى وصلتته لا يعنى بالضرورة أن يستجيب لها كلها ، يستجيب لأشياء ويؤدى أشياء ويغير أشياء ويعدل أشياء ، لأن الله خلق له إرادة

ورؤية ، وله فكر حتى وهو صغير ، لا بد أن نتأكد من هذا تماماً ، فسيبدأ في الاختيار ، وسيبدأ بالتجريب . الأب والأم وصلوا لما هما فيه حالياً بعد مراحل كثيرة من التجارب والأخطاء والنضج والتعلم ، ويريدون أن يأخذ الطفل أو الطفلة نفس الذى وصلوا إليه فى هذه المرحلة من العمر ، مثلاً هما فى الأربعين أو الخمسين ، يريدون أن يكون لطفل أو طفلة فى عمر خمس سنوات أو عشر سنوات نفس آرائهم وتوجهاتهم ، وهذا ضد الفطرة ، وضد طبيعة الإنسان ، وضد إرادته واختياره ومسئوليته التى خلقه الله عليها ، ولو أصر الأب والأم على هذا تحدث المشكلة التى نراها دائماً ويشتكى منها الكثير من الآباء والأمهات ، أن الطفل عنيد أو الطفلة عنيدة ، لا يسمعون الكلام ، لا يريدون تنفيذ سوى ما يرونه ، الحقيقة أن ما خلق هذا الموقف المعاند ، هو أن الأب والأم دخلوا فى شرنقة الماضى ، ولم يتمكنوا من، رؤية إحتياجات الطفل وضروراته ومجتمعه وظروفه والدنيا التى يعيش فيها ، فهو يعيش فى دنيا مختلفة كثيراً عن دنياهم ، وبما أن لديهم سلطة على هذا الطفل فإنهم يحاولون التحكم فيه ، وجعله يمشى على شريط القطار الذى حدوده له ، النتيجة ستكون شيئاً من اثنين ، إما أن يستسلم الطفل تحت هذا الضغط والقهر من الأبوين ، فيكون طفلاً سلبياً وإعتمادياً ليس له إرادة ولا إختيار ولا مبادرة ولا تلقائية ولا أى شئ على الإطلاق ، هو أسلم كل شئ للأب والأم ، وفى نفس الوقت يقوم بعمل شئ يسمى العدوان السلبى ، (مش أنتوا عايزين ده ؟ شوفوا بقى إيه اللى هيحصل) . من الممكن أن يفشل دراسياً ، أو أخلاقياً ، هو قد سلم نفسه ، ويريد أن يحمل نتيجة هذا الفشل للأب والأم اللذان أصرا على التحكم فى خط سيره وعلى جعله صورة طبق الأصل من الذى يريدونه .

ومن الممكن أن يتمرد الطفل ، أن يرفض عمل أى شئ ، ويصبح عدوانياً ، يفعل ضد كل ما يقولونه له ، ويصبح عنيفاً جداً ، (عايزينى أذاكر ، لأ مش هذاكر ، عايزينى أنجح ، لأ مش هنجح ، عايزينى أبقى أخلاقى كويسه ، لأ همشى مع أسوأ ناس وأعمل كل اللى أنتوا بتكرهوه) ، لأن هناك صراع إرادات ، إما أن أكسب أنا أو أنتم ، وطالما لدى شئ أستطيع عمله ، فسأقوم به ، وسنرى فى النهاية من سيكسب ... وتكون رحلة صراع مؤلمة وضارة للطرفين ويتراكم فيها ، مشاعر سلبية عند الطفل تجاه الأبوين ، وعند الأبوين تجاه الطفل ، ويدخل الجميع فى أزمة ، لا يستطيعون الخروج منها ، إلا لو دخل طرف ثالث ، يفك هذا الإشتباك ، ويبدأ فى إخراج هذه المشاعر السلبية التى تراكمت ومشاعر الصراع والعداء التى تكونت نتيجة لإصرار كل طرف على إلغاء إرادة الطرف الآخر .

وهناك أمثلة عظيمة جداً من سلوك بعض الأنبياء في هذه المسألة لأن بعض الناس يظنون أحياناً أن واجبهم الديني أن يحموا أولادهم من الخطأ ، وهذا صحيح ، قال تعالى : « يا أيها الذين آمنوا ، قوا أنفسكم وأهليكم ناراً وقودها الناس والحجارة » ، لا بد من توعية الأبن للشئ الذي يمكن أن يؤدي لهلاكه في الدنيا وفي الآخرة ، وهذه وظيفة الأب بسبب خوفه على الأبن ، ولأنه أعلى شئ بالنسبة له ، ووظيفة الأم أيضاً . لكن سنقول إن ما علينا هو هداية التبليغ ، لكن هداية الفعل نترك أمرها لله سبحانه وتعالى ، وندعوا أن يوفق الله الأبن لها ، لأننا نملكها ، فأنت أيها المربي تقوم بعمل ما عليك لكن في النهاية ستحترم إرادة الأبن أو البنت وإختياره ، حتى لو كان هذا ضد إختيارك أو عكسه ، الكثير من الناس لن يحتمل هذه الفكرة وسيدخلون في صراع مع الأبناء ، سنعطى مثلاً لإثنين من الأنبياء الكرام الأول : نوح عليه السلام ، وابنه ، نوح جهر السفينة ، ويعرف بمجئ الطوفان ، فنادى لإبنه ، ولم يكن أبنه على نفس الطريق ، فقال : « يا بنى إركب معنا ولا تكن مع الكافرين » ، وهذه كانت إرادة نوح عليه السلام ، ورؤيته ، بناءً على خبرته ومعرفته والوحي الذي ينزل عليه ، وهو نبى ، ويخاف على ابنه ، لكن تظهر إرادة الأبن ورؤيته وإختياره : « سأوى إلى جبل يعصمنى من الماء » ، فرد الأب : لا عاصم اليوم من أمر الله ، اليوم مختلف عن كل الأيام السابقة ، هذا خطر مختلف تماماً ، ربما كان من الممكن السماح فى الإختيار قديماً ، لكن إختيار اليوم مهلك فى الدنيا وفى الآخرة ، ستموت على الكفر ، ومع صعوبة الموقف ، نوح يرى إبنه سيموت بعد لحظات على الكفر ، يصر الأبن على أن يأخذ هذا الموقف الراض لموقف الأب ، وكان متوقفاً أن سيدنا نوح لو كان يفكر مثلنا ، أن يرسل له أتباعه ليحضروه إلى السفينة بالقوة ، لكن هذا لم يحدث ، سيدنا نوح أدى البلاغ ، وهو يعرف أن هداية الفعل بيد الله سبحانه وتعالى ، ونجا الأب بما رأى وهلك الأبن بما رأى وفعل ، لكن الله خلق الإنسان بهذه الإرادة ولحكمته أراد لها أن تعمل ، وكان هذا مثلاً فى العصيان ، سنأخذ مثلاً آخر فى الطاعة ، ونرى أنه أيضاً فى حالة الطاعة لا تلغى الإرادة عند الطفل أو عند الأبن . سيدنا إبراهيم : عندما رأى فى المنام أنه يذبح إبنه إسماعيل ، وهو يعرف أن رؤيا الأنبياء حق ، وأنها واجبة التنفيذ ، المتوقع - حسب ما نفهم - أن أمر الله لا بد من أن ينفذ ، ويذبحه فوراً ، لكن سيدنا إبراهيم لم يفعل هذا إحتراماً لإرادة إبنه إسماعيل فذهب إليه بمنتهى المودة والرحمة والعطف : « يا بنى إنى أرى فى المنام أنى أذبحك فانظر ماذا ترى » ، نرى كيف قال له سيدنا إبراهيم : « يا بنى » ، و « إنى أرى فى المنام » ، لأنه لو كان قال له

إن الأمر من الله مباشرة ، لما كا من الممكن أن يختار ، لكنه أعطى فرصة لإسماعيل ليقول رأيه ، مثلاً ، هذا منام ويمكن تأجيله أو التفكير فيه ، فأنظر ماذا ترى ؟ ، مع أن سيدنا إبراهيم يعرف أنه لا رأى هنالك ، هذا أمر إلهي ، يقول سيدنا إسماعيل عليه السلام : « يا أبتى أفعل ما تؤمر ، ستجدني إن شاء الله من الصابرين » ، هنا إختار وكان له فضل الإختيار بثاب عليه ، ولم يذبحه مباشرة بدون إختيار ، حتى لا يكون قد ذبح غدرأ ، دون إرادة ، ولكن ترك له فضل الإختيار . وهذا درس يعلمنا أن الطفل له إرادة وأننا كآباء وأمهاات ليست وظيفتنا أن تلغى هذه الإرادة عند الطفل ، ولكن أن نوجه ونهذب ، أن نقول ونبلغ ونوضح ونبين ، لكن فى النهاية ، سنسلم ، لأن هذا الطفل له إرادة وأن الله شاء بحكمته أن تكون هذه الإرادة موجودة وتأتى آية مهمة تحسم هذا الموضوع تقول : « ولو شاء ربك لآمن من فى الأرض كلهم جميعاً أفانت تكرة الناس أن يكونوا مؤمنين » ، فإحترام إرادة الإنسان حتى فى الإيمان والكفر ، لا إكراه فى الدين قد تبين الرشد من الغى ، لا يوجد إكراه حتى فى الأشياء شديدة الأهمية ، إذن فمن باب أولى أن الأشياء الأقل أهمية لا يوجد فيها إكراه . ولكى يؤكد لنا ربنا هذه الحقيقة ضرب أمثلة لإستحالة إكراه البشر على شئ وكانت الأمثلة تمثل غالبية العلاقات بين البشر ، فهذا رسول الله محمد صلى الله عليه وسلم لم يستطع هداية عمه أبو طالب رغم كل ما بذله معه من جهد ، ولذلك قال له الله تعالى ، إنك لا تهدى من أحببت ولكن الله يهدى من يشاء ، وسيدنا إبراهيم لم يقدر على هداية أبيه ، وسيدنا لوط لم يقدر على هداية زوجته ، وسيدنا نوح لم يقدر على هداية إبنة وهكذا تتعدد النماذج فى علاقات مختلفة لتثبت فى النهاية أن هداية الفعل لا يمكنها إلا الله سبحانه وتعالى ، لذلك حين يفعل الأب ما عليه أو تفعل الأم ما عليها فلا يبقى إلا أن يدعوا لإبنهما بالهداية والتوفيق ، ولا يحاولان قهره أو إلغاء إرادته .

وهذه النقطة تسبب صراعاً شديداً ما بين الآباء والأمهاات من ناحية والأبناء من ناحية أخرى ، وتداعياتها السلوكية كثيرة جداً ، إما سلبية وإستسلام وشخصية إعتمادية وإما عناد وتمرد ومكابدة وصراع ومشاكل ليس لها أول من آخر .

٨ - مراعاة مشاعر الطفل :

فى مجتمعاتنا - كما قال أحد العلماء - عندنا أمية تربوية وعندنا أمية نفسية ، وعندنا أمية وجدانية . الأمية التربوية هى أننا محتارون فى كيفية تربية الأولاد ، ولدينا أخطاء كثيرة ، كلنا بلا إستثناء بما فيهم من يحاضر فى التربية ، والذين يقومون بأبحاث كبيرة جداً فى التربية ، عندهم أخطاء فى تربية أولادهم ، لأن موضوع

التربية هذا لم يأخذ منا إهتماماً كبيراً ، أحياناً نربيهم بطرق محفوظة وأنماط جامدة غير مرنة ، ونصمم عليها ، ولا نغيرها مع الوقت ، رغم أن الطفل كما قلنا يتغير وينمو ، واحتياجاته تختلف من وقت لآخر ، لكننا توقفنا عند أنماط جامدة وقواعد صلبة وصممنا عليها فهنا ، حتى رغم أن هذه القواعد من الممكن أن تكون صحيحة إلا أن عدم تغييرها وعدم مواكبتها لتطور الطفل ونموه يجعلها غير صحيحة ، وتحتاج إلى تعديل وتغيير من وقت لآخر ، فعندنا أمية تربية بلا شك ، وكاننا نحتار في كيفية تربية الأولاد ، وما نقدمه الآن يحل المشكلة ، لكنه سيسهل الأمور كثيراً على الأب والأم ، ويكون كمصائب تنير بعض المناطق ، وليست لدينا خبرة كافية لنفوسنا ولنفس الآخرين ، لهذا نحس بعدم الراحة ، وعلاقاتنا مضطربة ، وهناك الكثير من الصدمات والإحتكاكات بسبب الأمية النفسية ، فنحن لم نعطي لهذا الجانب أهمية ، بأن نفهم أنفسنا ونفهم الآخرين . أما الأمية الوجدانية فهي أمية المشاعر ، بمعنى أننا لا نعطي للمشاعر إهتماماً كبيراً ولا نراعى مشاعر بعضنا بشكل كاف ، ولا يهمننا الكلمة التي نقولها إن كانت تؤثر في هذا أو تغضب ذلك ، فكثيراً ما نقوم بعمل أشياء لا نحس بها ولكنها تسبب آثار كبيرة على الناس ، والطفل - على وجه الخصوص - كائن رقيق برىء ناعم ولطيف ، تكون له مشاعر مرهفة جداً وتحتاج للتعامل بدقة وحساسية لأن هذا الطفل كيان برىء يحتاج أن تكون في غاية الحرص والحذر في التعامل معه ، فإذا إنتهكت هذه البراءة بتعامل فظ غليظ خشن لا يقدر أن لهذا الطفل مشاعر وأحاسيس فإنك تؤذيه غاية الإيذاء دون أن تدري ودون أن يستطيع هو التعبير لفظياً عما حدث له ، فالطفل لم يتعود بعد التعبير عن مشاعره بلغتنا المعتادة لذلك حين يتأزم وجدانياً ربما يظهر عليه ذلك في صورة إضطراب في الشهية أو إضطراب في النوم أو إضطراب في السلوك . والحقيقة أننا لا ندرك هذه المشاعر بدرجة كبيرة وأن مشاعر هذا الطفل مختلفة عن مشاعرنا ولا تظهر بالشكل الذي إعتدناه لأنها لم تأخذ الشكل المميز لكنها موجودة ، ونحن في حاجة لقراءتها بلغتها دون تعقيد .

٩ - رعاية مواهب الطفل واحترام الفروق الفردية بين الأطفال :

كثير من الآباء والأمهات يريدون للأطفال أن يصبحوا قالمياً واحداً ، يريدونهم بنفس السلوك ، (الولد ده طيب ومطيع يبقوا كلهم يطلعوا كده ، الولد ده شاطر في المدرسة يبقوا لازم كلهم يكونوا شاطرين في المدرسة ، الولد ده بيعرف يرسم يبقوا لازم كلهم يعرفوا يرسموا ، الولد ده حفظ القرآن في سن صغير يبقوا لازم كلهم يحفظوا القرآن في سن صغير) ، إهدار الفوارق الفردية بسبب مشكلة كبيرة . أو عدة مشاكل ،

أولاً : ينكر فطرة خلقها الله في الإنسان ، وهي أن كل إنسان في هذه الدنيا يؤدي رسالة معينة ويضيف للحياة شيئاً مختلفاً عما يضيفه باقى الناس ، فكيف نريد منهم أن يكونوا كلهم شيئاً واحداً ، نفس الطريقة ونفس الأسلوب كما نريد لا كما يريدون ، هنا كل فرد سيفقد القدرة الخاصة التي وهبها الله إياها ، حيث أن كل إنسان وهبها الله قدرة خاصة ليضيف بها إلى هذه الحياة ، فبإتكارنا لهذه الموهبة ، تضيق الموهبة وفي نفس الوقت لن نتمكن من إجبار الطفل على التميز في مجال ليس موهوباً فيه ، كما يجعل الأولاد يغارون من بعضهم ، لأن كل طفل يريد أن يصبح مثل أخيه ، ولا يستطيع ، يبدأ في كرهة لأنه يشعر بأنه يقوم بعمل شئ يعجب الأب والأم وهو لا يستطيع عمل هذا الشئ الذي يجوز رضا وإعجاب الأبوين ، وينظرون إليه على أنه أقل من أخيه ، فيغار منه ، ويكرهه .

لكن لو أحس كل طفل بأنه محبوب لذاته وإمكانياته ، وأننا لا نقارنه بأخيه ، ولكن نقول له أنه متميز في كذا ، وأخوه متميز في كذا ، وأننا نحترم قدراتهم ومواهبهم وفروقهم الفردية فإن ذلك يؤثر إيجابياً عليهم جميعاً .

لو عرفنا هذه الحقيقة وعرفنا أن الله سبحانه وتعالى أعطى كل إنسان قدرة ومملكة وموهبة ، يقوم بعمل شئ معين بها في هذه الدنيا ، فستختلف أحوالنا بكل تأكيد مع أطفالنا ، سننظر إليهم بعطف ورعاية لكل موهبة عند كل طفل ، بالشكل الذي تظهر به ، وننميها ونهذبها ونكبرها ونوجهها ، لكن لا نطفئها ، فنحن في مجتمع - للأسف الشديد - يقتل كل المواهب ، لأن لدينا تصور أن النجاح نمطى ، وتصور يكاد يكون أحادياً ، أن الطفل لأبد من أن يقوم بعمل أشياء معينة ، ولكن هناك ألوان كثيرة من النجاح والإبداع والعطاء وألوان كثيرة من تعمير هذه الحياة ، كل شخص يقوم بعملها بطريقته ، وبالهبة التي منحه الله إياها ، فلا نشوه هذه الفطرة .

والرسول صلى الله عليه وسلم ، كان حوله نخبة ممتازة من الصحابة ، كل واحد منهم لديه خلفية ثقافية معينة ، منهم العبد ، ومنهم السيد ، ومنهم الناجر ، ومنهم الصانع ، ومنهم السياسى ، والعالم والعسكري ، فلم يفرض الرسول صلى الله عليه وسلم عليهم أنماطاً معينة وثابتة ولم يضعهم في قوالب محددة وإنما نمى كل شخصية لتعطى أفضل ما عندها ، فمن لديه ملكة الحفظ حفظ الأحاديث (كأبى هريرة رضى الله عنه) ، ومن كان لديه ملكة الصوت الندى صار مؤذناً (كبلال بن رباح رضى الله عنه) ، ومن لديه ملكة التجارة أصبح تاجراً عظيماً (كعبد الرحمن بن عوف رضى الله عنه) ، وهكذا ، كل شخص وضع في المكان المناسب له ليعطى

أفضل ما عنده ، وفي النهاية ، تكون لديه باقّة من القدرات والملكات تتكامل وتعطى مجتمع مبدع ومبتكر ، وهذا ما نفتقده في مجتمعنا الحالي ، أننا نفتقد ملكات الإبداع والابتكار في كل المجالات ، في العلم والأدب والدين والفن وكل شئ ، لأننا نرى هذه المواهب ولا نحترمها .

وفي الآونة الأخيرة كثر الحديث عن ما يسمى بـ « الذكاءات المتعددة » ، مثل الذكاء اللفظي اللغوي ، والذكاء المنطقي الحسابي والذكاء البصري الفراغي والذكاء الحركي والذكاء الفني والذكاء الإجتماعي والذكاء الوجداني والذكاء الروحي . وللأسف الشديد نحن لا نقيم في أبنائنا غير عدد قليل من هذه الذكاءات غالباً الذكاء اللفظي واللغوي والذكاء المنطقي الحسابي ، وهذا يهدر بقية ملكاتهم التي أودعهم الله إياها ويتركهم في حيرة ويجعلهم يشعرون بالدونية لأن ملكاتهم ليست لها قيمة عند الناس ويحبونهم ويرعونهم . وهذه النظرة المختزلة للأبناء لا تتوقف عند حدود البيت وإنما تمتد أيضاً إلى المدرسة (بل ربما يكون مصدرها الأساسي في المدرسة) حيث يقوم النظام التعليمي على تقدير ملكات محدودة لدى الطالب (غالباً اللفظية اللغوية والمنطقية الحسابية) ويهمل بقية الملكات والذكاءات ، ولهذا نجد الطلاب لا يحبون مدارسهم لأنهم لا يجدون أنفسهم فيها ، وقد زاد من هذه المشكلة الانتشار الوبائي للدروس الخصوصية والتي كانت في فترة من الفترات بمثابة التعليم الموازي والآن أصبحت تمثل التعليم البديل ، والتعليم في الدروس الخصوصية يقوم على فكرة إعداد كائن إمتحاني يحصد أكبر عدد من الدرجات ولا شئ غير ذلك ، وهكذا يختزل الطالب كإنسان ويتحول لأداة تجمع الدرجات ، فضلا عن إكتسابه صفات الإعتيادية والإنتهازية والإستسهال والمسايرة والنمطية وكلها صفات تخرج لنا جيلا هزيعا لا يعتمد عليه .

١٠ - مراعاة الترتيب والتكامل في وسائل التربية :

قرر علماء التربية أن الوسائل التربوية تتبع حسب الترتيب التالي :

- * القدوة .
- * الثواب .
- * العقاب .

ومع هذا نجد المربين لا يولون القدوة أهمية كبيرة ولا يولون الثواب إهتماماً أو عناية ، وربما تختزل العملية التربوية برمتها في العقاب ويختزل العقاب في الضرب .

وأذكر أنني كنت أزور عدداً من المدارس ووجدت إنزعاجاً شديداً من المدرسين بسبب القانون الذي منع ضرب الطلاب في المدارس ، وكان هؤلاء المدرسون يتساءلون : « إذا كنا سلينا هذه الوسيلة التربوية الأساسية فكيف نتحكم في هؤلاء الطلاب وكيف نستطيع تعليمهم ؟ » ، وكان يبدو جليا أن لديهم إعتقاد راسخ أن العملية التربوية تسقط تماما في حالة إنتقاء عقوبة الضرب ، وربما يعود ذلك إلى الثقافة السائدة لدينا منذ سنوات طويلة والتي أختزلت التربية في العقاب وإختزلت العقاب في الضرب وأهملت سائر الوسائل التربوية الأكثر أهمية وتأثيراً مثل القدوة والثواب والوسائل الأخرى من العقاب كالعتاب والتوبيخ والحرمان إلخ .

ولكى تسير العملية التربوية بشكل صحيح لابد وأن تتوازن وتتكامل فيها كل الوسائل التربوية مع مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال ، فهناك من تكفيه الإشارة وهناك من تكفيه نظرة العتاب وهناك من ينصلح بالقدوة وهناك من يحفزه الثواب وهناك من يحتاج للعقاب . والمربي الناجح هو الذي يعرف متى وأين وكيف يستخدم هذه الوسائل .

نماذج تربوية

سؤال يردده الكثير من الآباء والأمهات : كيف نربي أبناءنا وبناتنا ؟

والسؤال ليس جديداً وإنما زادت حدته وزاد إلحاحه في السنوات الأخيرة خاصة بعد التحولات السياسية والاجتماعية والإقتصادية والثقافية الحادة التي صاحبت فكرة العولمة ، فقد أصبحت خصوصيات المجتمعات المحلية مهددة تحت تأثير البث الإعلامي الهائل والمتعدد والمتناقض في آن ، ولم يصبح زمام التربية في أيدي الآباء والأمهات والمدرسين والمدارس وأئمة المساجد ووعاظ الكنائس فحسب وإنما تعددت الأيدي الممسكة بهذا الزمام فشملت التلفزيون (كأداة تربوية أساسية في الوقت الحالي شئنا أم أبينا وبصرف النظر عن إيجابياتها وسلبياتها) والإذاعة والصحف والمجلات والكمبيوتر والإنترنت ... وغيرها من وسائل الاتصالات الحديثة والمتعددة .

وهنا وقف المربون التقليديون في حيرة شديدة فهم لا يعرفون كيف يواجهون هذه « التعددية التربوية » من ناحية « وبعضهم (إن لم يكن أغلبهم) لم يكن من البداية يعرف حدود النموذج التربوي الأمثل لأبنائه وبناته ، فنحن في المجتمعات العربية والإسلامية مما يمكن تسميته « الأمية التربوية » وهي جزء من أميات كثيرة مازلنا نعاني منها كالأمية النفسية والأمية السياسية والأمية الأخلاقية . ونتج عن هذه الحيرة مضاعفات كثيرة فبعضهم بالغ في إغلاق النوافذ على أبنائه وبناته بغية حمايتهم مما يعتقد أنه تلوث ثقافي وديني وتربوي ، وبعضهم تساهل في فتح كل النوافذ عملاً بمبادئ الحرية والإختيار والمسئولية ، والبعض الآخر ظل مذبذباً لا يعرف ماذا يفعل . ويمكننا أن نرصد بعض النماذج التربوية السائدة في مجتمعاتنا مبيينين بعض إيجابياتها وسلبياتها أملاً في توسيع رؤية قاعدة الإختيار للنموذج التربوي الأكثر ملائمة والأكثر توازناً :

١ - **التربية العنقوية (الفطرية)** : ويميل إليها سكان القرى والمستويات الاجتماعية البسيطة وهي تعنى غياب تصور مسبق للتربية لذلك يعتمد الوالدان على ردود أفعالها الفطرية العنقوية في المواقف المختلفة ، فهم كأباء وأمهات يحبون أبنائهم وبناتهم ويعملون بشكل طبيعي وتلقائي من أجل مصلحتهم ، وهذا يكفي (في نظرهم) ، خاصة وأنهم - أي الآباء والأمهات - قد تربوا بهذه الطريقة البسيطة وهم

يرون أنها صالحة لأبنائهم .

ويستشهد المتحمسون لهذه الطريقة التربوية بآباء وأمهات بسطاء جداً لم يحصلوا على أى قدر من التعليم وقد ربوا أبناءاً وبناتاً تقلدوا أرفع المناصب ووصلوا إلى أعلى الدرجات العلمية والثقافية .

وتتميز هذه الطريقة بالبساطة والعفوية كما تتميز بوجود قدر كبير من المشاعر التلقائية بين الآباء و الأبناء ، وتتميز أيضاً بالمرونة فى المواقف المختلفة ، لكن يعيبها عدم ثبات نتائجها فهي أحياناً تنجح نجاحاً واضحاً والنماذج على ذلك موجودة فعلاً ، وأحياناً أخرى تفشل فشلاً ذريعاً ، وحيثما لا توجد قواعد واضحة يصعب بالتالى التنبؤ بالنتائج .

٢ - التربية العقلانية (السيكولوجية) : ويصف الدكتور عبد المنعم الحفنى هذا النموذج التربوى فى الموسوعة النفسية الجنسية (الطبعة الأولى ١٩٩٢ - مكتبة مدبولى) بقوله : « وليس أجدى فى التربية مما يسمى بالطرق السيكولوجية فهي أفضل فى نتائجها من الضرب والتهديد والتفريغ وكم من طفل إستقام أمره بحته على التعقل وإستنفار قواه الذاتية ، نتيجة ما يستشعره من تأنيب ضمير أو ذنب . وإنه لمن المفيد ألف مرة أن يظهر الأب أنه مستاء أو غير راض دون أن يضرب ابنه أو يهدده أو يقرعه . ولا يفعل العقاب سوى أن يزيد الطفل العدوانى عدوانية ويملاً قلبه بالكرهية لأبويه » .

وهذا الأسلوب التربوى يميل إليه المتعلمون والمثقفون والمنتمون إلى الطبقات الإجتماعية الأعلى وذلك بحسب تركيبها العقلانية الراشدة وبحسب ما يتاح لهم من قراءات نفسية توضح لهم قيمة الحرية والإختيار والمسؤولية لهم ولأبنائهم على السواء ، كما أن هذه الطبقات بطبعها لا تميل إلى العقاب البدنى أو حتى اللفظى . وربما يميل إلى هذا النموذج أيضاً الآباء والأمهات فاقدى أو ناقصى المشاعر الوالدية الطبيعية وخاصة النساء المسترجلات اللاتى لا تسعفن مشاعر الأمومة الفياضة فنجد الواحدة منهن تهرع إلى الكتب النفسية أو إلى المتخصصين فى التربية تبحث عن إجابة لكل صغيرة وكبيرة فى حياة طفلها ، وبالتالي تكون إستجاباتها (أو معظمها) مبنية على توجيهات علمية خارجية وبالتالي ينقصها التلقائية وينقصها الجانب الوجدانى ، ولهذا تجد فى عيون أبنائنا آثار حرمان عاطفى لا تخطئه العين الخبيرة .

ويشير الدكتور الحفنى إلى الوجه الآخر للتربية العقلانية (السيكولوجية) بقوله : « ومن ناحية أخرى فقد يؤدى الغلو فى اللجوء إلى الطرق السيكولوجية فى التربية

إلى أن ينمو الطفل عقلاً وشديداً الإلتزام فيسلبه ذلك قدرته على المبادرة والتصرف بعفوية ، حيث تقتضى العقلانية أن يكثر التفكير في الأمور ويتردد قبل أن يقوم بعمل ما ، ويقتضى إلتماؤه أن يفكر في إرضاء الناس فيعمل وفق هواهم .

وهكذا نجد أنه على الرغم من أن النمط العقلاني (السيكولوجي) يركز على قواعد تربوية علمية وبالتالي يمكن التنبؤ بنتائجه إلا أن المبالغة فيه تأتي على حساب نمو الجوانب الوجدانية التلقائية والطبيعية ، فيكون الطفل أشبه بنبات (الصوبات) شكله جذاب ولكن طعمه مائع .

٣ - الإهمال : هو أسلوب تربوي ينشأ عن إشغال الوالدين أو غيابهما عن الأبن (أو البنات) فينشأ ولديه شعور بإنعدام القيمة وإنعدام الحب ، ويجد صعوبة بعد ذلك في إقامة علاقة سوية مع الناس ، فهو لا يستطيع أن يحب أحد أو يحبه أحد ، وهو فاقد القدرة على الأخذ والعطاء على المستوى الإنساني ، لذلك ينشأ ذاتياً منكشاً ، وإذا حدث وتزوج فهو غير قادر على الإهتمام الوجداني بزوجته وأبنائه ، لأن مستقبلات الحب والإهتمام والرعاية لديه لم تتعود على العمل قبل ذلك في أسرته الأصلية . وهذا الطفل المهمل ربما يميل إلى جذب الإنتباه بأعمال إيجابية أو سلبية فيمكن أن يتفوق دراسياً ، أو يتميز في بعض الأعمال لكي ينال رضا الآخرين ويمكن أيضاً أن يكذب أو يسرق أو يعتدى لمجرد جذب الإهتمام وأحياناً نجد هذا الشخص الذى عانى الإهمال في حياته المبكرة يستغرق كثيراً في عمله وينشغل به طوال الوقت ويجد فيه بديلاً وعزاءً عن التعامل الإنساني الذى لا يجيده ولا يستمتع به فالأشياء لديه أهم من البشر .

٤ - اللبذ (الرفض) : وقد يبدو غريباً للوهلة الأولى أن يلبذ الأب أو الأم طفليهما ، ولكن هذا يحدث فعلاً في الواقع ولنضرب لذلك بعض الأمثلة : الأم التى تزوجت رجلاً لا تحبه ولا ترغب في إستمرار العلاقة به ربما ترفض إبنها أو إبنتها منه (بوعى أو بدون وعى) والأب الذى يشك في سلوك زوجته كثيراً ما يرفض أبناءه منها لأنه يشك في إنتسابهم إليه والأم التى أنجبت عدداً كبيراً من البنات ثم رزقت ببنت أخرى وهى لم تكن ترغب في ذلك أو الأبوين المشغولين اللذين رزقا طفلاً لم يستعدا - حسب رأيهما - لاستقباله إلخ ، كل هذه النماذج لحالات يمكن أن يعانى فيها الطفل من الرفض (الواعى أو غير الواعى لا فرق) ، وهذا الرفض يصل في صورة معاملة قاسية وعدوان لفظي أو جسماني أو حرمان مادي أو عاطفي متعدد أو حتى تهديد لحياته ، لذلك فهو يعيش في جو غير آمن ولا

يستطيع أن يثق في أبويه وبالتالي لا يثق في أحد أبداً وينشأ قاسياً عدوانياً متسلطاً ويعتبر الرحمة ضعفاً ويحاول جاهداً أن يعلو على الآخرين ويتمكهم بالقوة والسيطرة لا بالحب الذى لا يعرفه .

والكثيرين من الطغاة والجبارين والمستبدين فى التاريخ الإنسانى كانوا إنتاجاً لهذا النمط التربوى ودفعت الإنسانية كلها ثمناً غالياً لهذا الإنحراف التربوى الخطير .

٥ - التذليل : ويحدث كثيراً من الطفل الأوحى ، أو الولد الوحيد وسط أخوات ، أو البنت الوحيدة وسط ذكور ، أو المولود الذى جاء بعد فترة عقم أو بعد وفاة عدد من الأطفال قبله ، أو الطفل الأول أو الأخير وهكذا .

والطفل المدلل يتعود على درجة عالية من الإهتمام من كل من حوله فهو مركز الأسرة ومحور إهتمامها ، وكل طلباته مجابة ، وهو يأخذ كل شئ ولا يعطى شئ فليس مطلوباً منه أن يعطى يكفى فقط وجوده لسعادة الأسرة ، ولهذا ينشأ أنانياً محباً لذاته ومولعاً بها إلى درجة النرجسية ، وهو بالتالى غير قادر على تحمل مسئولية الدراسة أو العمل أو الزواج .

وهو حين يتزوج يميل إلى إختيار زوجة تقوم بدور الأم البديلة لكى ترعاه وتلبى كل إحتياجاته ويكون غير قادر على العطاء المادى أو الوجدانى لها ولأولاده منها فمراكز العطاء عنده لا تعمل لأنها لم تتعود على العمل قبل ذلك ، وفى المقابل فإن مراكز الأخذ لديه نشطة طوال الوقت .

وقد قرر علماء النفس أن تلبية مطالب الطفل بنسبة أكثر من ٧٠% يفسده ، فكما أن درجة من الإشباع مطلوبة للتربية السليمة فإن درجة من الحرمان أيضاً مطلوبة .

٦ - الحماية الزائدة : وغالباً ما تتورط الأم فى هذا النمط التربوى خاصة فى غياب الأب أو نتيجة لعوامل شخصية فيها مثل الوحدة وعدم الإحساس بالأمان فتسقط هذه المشاعر على طفلها فتحوطه برعاية زائدة وحب خانق وتراقبه فى كل حركاته وسكناته ولا تسمح له بالخروج إلا للضرورة القصوى ثم تقف فى النافذة تنتظر عودته على أحر من الجمر ، ولا تسمح له بالإختلاط بغيره من الأطفال أو النزول إلى الشارع وتسوق لذلك حججاً كثيرة منها أنه يتعلم أفاضاً نابية من الأطفال أو أنه ضعيف البنية أو أن المنطقة التى يعيشون فيها غير آمنة إلخ .

وهذا الطفل ينشأ مسلوب الإرادة فاقدر للمهارات الإجتماعية اللازمة للحياة ، ويعيش فى تبعية لأمه ثم لزوجته بعد ذلك فهو يختار زوجة متسلطة (مسترجلة)

تقوده وتحميه كما كانت تفعل الأم ، وهو لا ينضج أبداً بل يظل طفلاً ضعيفاً غير مسئول ولا يستطيع القيام بواجباته المدرسية إلا في وجود الأم بجانبه وأحياناً يظل ينام بجانبها في سرير واحد حتى بعد أن يتجاوز العشرين أو أكثر من عمره . وربما تأتي الأم لتشكو من سلبية أبنها واعتماديته عليها ولكنها بدون وعى تريده أن يبقى هكذا لكي تضمن بقاءه في حضنها مهما كانت النتائج .

وفي بعض الأحيان يتمرّد هذا الطفل على أمه أو أبيه في سن المراهقة وكسر حاجز الحماية الذي نصباه حوله ويصبح عدوانياً وقحاً كرد فعل للحماية الزائدة التي فرضت عليه وربما يبالغ في الدخول إلى كل مجالات الإنحراف التي كان يخشاها أحد الوالدين أو كليهما .

٧ - التربية المتديّنة : وفيها يلجأ الوالدان إلى إتباع القواعد الدينيّة في العمليّة التربويّة ، وهما في هذه الحالة يشعران بالأمان التربوي حيث أنهما يعتقدان أنّهما ينفذان التعاليم الرّبانيّة العليا في تربيّة طفلهما ، وهما يربطان التعليمات التربويّة بالتعاليم الدينيّة وبذلك يتجنبان الصراعات الشخصيّة مع أبنائهم فالأمر كله لله ، وهو الخبير بعباده وما يصلحهم أو يضرهم لأنّه هو خالقهم ونظامه التربوي سبحانه وتعالى وهو أفضل النظم على الإطلاق .

ومع كل هذه الإعتبارات السابقة نرى في الأسر المتديّنة مشاكل عديدة ليس سببها المنهج التربوي الإلهي وإنما سببها طريقة فهم الآباء والأمهات لهذا المنهج وطريقة تطبيقه في الحياة اليومية لأبنائهم ، فكل أب وكل أم يختار من النصوص الدينيّة ما يتلاءم مع طبيعته شخصيّة ويقسرها حسب ميوله وإتجاهاته ويطبّقها أيضاً طبقاً لهذه الإعتبارات ، وربما يبدو هذا منطقياً ومتوقّعاً فالآباء في النهاية سلوك بشري يمكن أن يتفق أو لا يتفق مع المنهج الإلهي ، ولكن المشكلة في هذا النوع من التربية أن الآباء والأمهات حين يخطئون فهم غير مستعدين لتصحيح ذلك لأنهم يعتقدون أن ما يفعلونه هو الصواب المطلق وأن ما عدها خطأ ولذلك يفتقدون المرونة التربويّة بل ويحاولون فرض رؤيتهم الدينيّة على الأبناء بإعتبار أنّه لا خيار لأحد أمام النصوص الدينيّة المطلقة ، وفي هذا المناخ إما أن يخضع الأبناء لرؤية الآباء وتفسيراتهم للنصوص الدينيّة ويصبحون مقلّدين في الغالب وإما أن يتمرّدوا على تلك التفسيرات وربما يتمرّدوا على كل ما هو ديني لأنّه يذكرهم بإستبداد والديهم ونحكمهم .

أما إذا كان المنهج الديني والتعاليم الدينيّة تسرى في جو الأسرة من خلال

القدوة الحسنة والنماذج المتوازنة المحبوبة في الوالدين فإن الحالة التربوية تكون في أفضل أوضاعها حيث الإيمان بالله يفتح في نفوس الأبناء آفاقاً هائلة للحب والعطاء والرحمة والتسامح والإيثار في جو القداسة المفعم بالدفء الوجداني العميق .

٨ - التربية المتوازنة : وهي التي ترعى جوانب التطور والتكيف في شخصية الطفل ، وترعى الجوانب الفردية والاجتماعية ، وترعى الجوانب الدينية والدنيوية ، وتعطي إعتباراً لإحتياجات الطفل في المراحل العمرية المختلفة وتواكب هذه الإحتياجات بمرونة وفهم ، وتهتم بالقدوة أكثر من إهتمامها بالعقاب ، وتوازن بين الإشباع والحرمان ، وتعطي الفرصة للطفل كي ينمو وينضج ويتطور وفي ذات الوقت يحتفظ بعلاقته الإيجابية بأسرته ، وتوازن بين الجوانب العقلية والجوانب الوجدانية والجوانب الروحية . وهي تربية دينامية (حركية) بمعنى أنها لا تستند إلى مفاهيم ثابتة وجامدة في كل المراحل وكل الظروف وإنما تتميز بالمرونة والمواكبة وتقدير المراحل والظروف المتغيرة بالضرورة في حياة الطفل .

الجانب الوجداني في التربية

حكى لى إحدى الأمهات كيف أنها ذهبت مرافقة لزوجها إلى بريطانيا ومعهما أبنهما الوحيد البالغ من العمر ٥ سنوات . وأخذت الأم طفلها وألحقت به بإحدى دور الحضانة في مدينة لندن ، وكانت مشفقة عليه ، ولكنها فوجئت بعد عدة أسابيع تعلق طفلها الشديد بالحضانة لدرجة أنه كان يبكي يومى الإجازة الإيسوعية ، فهو يتمنى أن يذهب إلى الحضانة كل يوم بلا إنقطاع . ولما ذهبت الأم لتتري سبب تعلق ابنها بالحضانة إلى هذا الحد عرفت السر ، فبالرغم من حاجز اللغة بين الطفل وأقرانه ، وبينه وبين مربيته ، إلا أن المربية اعتمدت على الرعاية الوجدانية العالية ، وهى لغة عالمية تتجاوز حدود اللغات والثقافات ، وشيئاً فشيئاً بدأ الطفل يكتسب اللغة نظراً لما أحاطه أصحابها من مودة ورعاية .

حين سمعت هذه القصة تذكرت بألم ما نشاهده في مصر وفي بعض البلدان العربية من نفور أبنائنا وبناتنا من المدارس وإختلاقم الأعداء لعدم الذهاب للمدرسة ، وكيف أن الدروس الخصوصية في مرحلة من المراحل صارت تمثل نوعاً من التعليم الموازى ، ثم في المرحلة الحالية أصبحت تمثل تعليماً بديلاً ، وكاد أن ينهار التعليم المدرسى وتنهار معه العملية التربوية التى لا تتم إلا فى المدرسة .

ويبدو أن أحد أهم أسباب الفشل المدرسى لدينا إهمال الجانب الوجدانى فى التربية إلى الدرجة التى أصبحت معها الحياة المدرسية تتسم بالجفاف والوحشة والصراع المتبادل بين المدرسين والطلاب ، وبين المدرسين والإدارة ، وبين الجميع ووزارة التعليم ... وهكذا .

وعلى الرغم من شيوع مفهوم الذكاء الوجدانى ومفهوم النصح الوجدانى فى الآونة الأخيرة إلا أن نظامنا التربوى فى البيت والمدرسة مازال بعيداً جداً عن الإهتمام بهذه المفاهيم .

والغريب أنه منذ أكثر من مائة عام كان قاسم أمين يرصد هذه المشكلة بوضوح شديد فى قوله : « يقضى أولادنا الآن أوقاتهم فى تعلم القراءة والكتابة واللغات الأجنبية ومطالعة العلوم سنيين ، ثم ينتقلون إلى علوم أخرى أعلى وأرفع من تلك ، فإذا إنتهت مدة الدراسة ودخلوا فى ميدان الحياة العمومية أنتظرنا منهم أن يكونوا بيننا رجالاً

ذوى إحساس شريف وعواطف كريمة وأخلاق حسنة وهم عالية ، رجالا يشعرون ويعملون ولكن وأسفاه !! نرى آمالنا فيهم خائبة ، نرى لهؤلاء الشبان المتعلمين قلباً يابسة وهمماً صغيرة وعزائم ضئيلة ، أما العواطف فهي بالتقريب ، فيهم معدومة ، فلا يروق لأعينهم منظر جميل ، كما لا ينفروهم مشهد قبيح ، ولا يعطفهم حنو ، ولا تبكيهم مرحمة ، ولا يحترمون كبيراً ، ولا يستصغرون صغيراً ولا تحركهم منفعة إلى عمل مهما عظم نفعه وليس لذلك من سبب سوى أن التربية لم تتناول وجدانهم هذا الوجدان الذى هو المحرك الوحيد للعمل لا يظهر ولا يقويه ولا ينميه إلا التربية البيئية ، ولا عامل لها فى البيت إلا الأم ، فهى التى تلقن ولدها إحترام الدين والوطن والفضائل وتغرس فى نفسه الأخلاق الجميلة وتنثت فيها روح العواطف الكريمة ، (قاسم أمين - ١٩٠٠ عن كتاب المرأة الجديدة - إصدار مؤسسة أخبار اليوم - العدد ٣٠٢ ديسمبر ١٩٨٩) .

ويواصل قوله حول ضعف التربية الوجدانية لدى المصريين وأثرها فى

السلوك :

« وإنما السبب الحقيقى لفقد الشعور إلى هذا الحد هو إهمال تربية العواطف عندنا فى زمن الطفولة . وتبع ذلك أن أعصابنا أصبحت لا تتأثر إلا بالإحساسات المادية التى تقع عليها مباشرة ، وصارت غير قابلة للتأثر بالمعاني النفسية فإنحطاط المصرى إنما هو ناشئ من حرمانه من هذه التربية الأولى ، ينمو الطفل بيننا كما ينمو النبات ، ولا يهتم أحد من أهله إلا بإعطائه التغذية والملبس ، فهم يعتنون به كما يعتنى أى إنسان بحيوان يحبه ، فكل بناء يقام بعد ذلك على هذا الأساس هو بناء على الرمل لا يلبث أن ينهار مهدوماً ... وبالجملة ، إن التربية تنقسم إلى قسمين تربية العقل : وهى التى توجه مدارك الإنسان إلى إكتشاف حقائق العلم ، وتربية الروح : وهى التى توجه إرادته إلى الخير وتميل بإحساسه إلى الجميل ، وكلاهما لازمتان لسعادة الإنسان ، (قاسم أمين - المصدر السابق) .

ومن العجب أن يقال هذا الكلام منذ أكثر من مائة عام وتظل المشكلة قائمة بل تزداد حدة مع الوقت ، ويزداد تدهور العملية التربوية والعملية التعليمية فى المدارس . ومن العجب أكثر أن يسبق قاسم أمين دانيل جولمان صاحب فكرة الذكاء الوجدانى ،

فما قاله جولمان ليس إلا تفصيلاً لما قاله قاسم أمين عن أهمية الجوانب الوجدانية في النجاح والتفوق والتميز .

ومن قبل قاسم أمين ودانيال جولمان ، نقرأ في القرآن قوله تعالى ممتدحاً رسوله الكريم :

« فيما رحمة من الله لنت لهم ولو كنت فظاً غليظ القلب لانفضوا من حولك . فاعف عنهم واستغفر لهم وشاورهم في الأمر ، فإذا عزمت فتوكل على الله إن الله يحب المتوكلين » (آل عمران ١٥٩) .

فالآية الكريمة تمتدح أخلاق الرحمة واللين والعمو والشورى في الرسول الكريم ، وتضع قاعدة تربوية هامة وهي أن الناس تلتف حول كل رحيم لين عفوي يحترم آراء الآخرين ، وتنفر من كل فظ غليظ .

وهذه القاعدة التربوية توضح وتؤكد أهمية الجانب الوجداني في العملية التربوية، وتفسر لنا لماذا ينفض أبنائنا عنا وينفرون منا ، ولماذا يرفضون النموذج التربوي الذي نقدمه لهم (أو نرضه عليهم) لأننا نقدمه لهم جافاً خشناً غليظاً ، ثقيل على القلب خال من نسمة الوجدانات والعواطف الرقيقة ، وبالتالي تقترب لديهم المبادئ التي ندعو لها بمشاعر جافة خشنة فينفرون منها إلى غيرها ، بل ربما تتراكم في نفوسهم مشاعر العدوان نحونا بسبب إصرارنا على قبولهم لما نقدمه لهم فيخرجون عدوانهم هذا في صورة رفض لنا وعناد ضدنا خاصة وأن لديهم رغبة داخلية في مخالفتنا ككبار بهدف إثبات تميزهم وإستقلالهم .

فالأب الذي يأخذ دور المدرس أو الواعظ طوال الوقت فلا يرى أبه أو أبنته إلا وينهال عليه بالإرشادات والتوجيهات ولا يرى منه أبناؤه غير الإنتقاد والتقريع ، ذلك الأب خليق بأن يخالفة أبناؤه ويتمردون على ما يدعوهم إليه ، وهذا النموذج نسميه «الأب الناقد» ، وهو مستفز لعدوان أبنائه نحوه ونحو مبادئه مهما كانت تلك المبادئ صحيحة، وهو بطريقته هذه يدفع أبنائه قسراً إلى أن يتجهوا إلى الجانب الآخر المعاكس له تماماً حتى ولو كان فيه هلاكهم .

أما «الأب الراعي» فهو الذي يقدم لأبنائه المحبة والرعاية ، ويقدم معها نموذجه التربوي تزيينه المشاعر الرقيقة المحبة الحانية فيجد الأبناء أنفسهم في حالة

إنسجام وتعاطف مع هذا النموذج التربوي ويحدث تفاعل إيجابي بين الطرفين يسمو بهما نحو آفاق أعلى ، فمثلاً الأب الذى يحرص على الخروج للمتنتزهات بصحبة أسرته واللعب معهم وملاطفتهم وممازحتهم ومشاركتهم إهتماماتهم وهمومهم يكون حرياً بالقبول وجديراً بالطاعة الحقيقية . وهذا النموذج من الأبوة الراحية لا يساعد فقط على قبول الأبناء لطاعة الآباء بل يساعدهم على طاعة الله حيث ترتبط لديهم السلطة الأعلى دائماً بالرعاية والحب ، عكس الأبناء الذين يعانون من « الأبوة الناقدة » فهم يكونون فى حالة إستقبال دائمة مع أى سلطة أعلى ولذلك تكون علاقتهم بربهم أيضاً فى حالة إضطراب ، ولقد رأينا ذلك فى بعض حالات الوسواس القهرى التى تعاني من وساوس ملحة على الشخص بأن يسب الله سبحانه وتعالى ، والشخص يتألم لذلك ويقاومه بكل ما يستطيع ولكن الفكرة تعاود إلحاحها بلا توقف ، والمريض لا يجد سبباً واحداً يجعله يسب ربه بل على العكس نجده يداوم على الطاعات ويعرف فضل الله فى كل شئ . مثل هؤلاء المرضى عندما دخلوا فى العلاج النفسى العميق تبين أن نسبة كبيرة منهم لديهم مشكلات نفسية ، مع أبنائهم وأن هذا السبب وهذا العدوان كان موجهاً أساساً نحو الأب منذ الصغر ، وبما أن الأب كان يمثل فى مرحلة ما من العمر كل شئ بالنسبة للطفل ، أى السلطة العليا ، لذلك إتجه السب إلى تلك السلطة العليا التى تداخلت مع مفهوم الرب والإله فى مرحلة ما من العمر وأصبح هذا الشخص يحمل عدواناً نحو أى سلطة عليا ولا يستطيع التعبير عن هذا العدوان صراحة فيلجأ إلى إزاحته إلى رمز لتلك السلطة ، وبما أن هذا الموقف العدوانى له جذور عميقة فى النفس لذلك يظل يلح فى صورة أفكار ودفعات وسواسية .

وهذا الموقف المرضى نجده بدرجات أخرى أقل لدى الأبناء الذين يتسمون بالعناد والجدال ومخانفة كل أوامر وتوجيهات آبائهم أو مدرسيهم أو أى رمز للسلطة فى حياتهم ، وبذلك نجدهم فى حالة نزاع دائم مع من حولهم ويضطرب تكيفهم وتضطرب حياتهم ، ويظن البعض أن الأمر يحتاج إلى مزيد من التوجيهات والإرشادات فيكتشف أن ذلك يودى إلى مزيد من العناد والتمرد والحل فى مثل هذه الظروف هو مراعاة الجانب الوجدانى فى العملية التربوية وذلك بأن تكف عن مخاطبة العقل لبعض الوقت ونطرق باب العاطفة فنقترب من الإبن فى حنان وحب ونعطيه الرعاية المتقبلة المتسامحة أولاً فيشعر إننا نحبه ونقبله ونواصل ذلك الطريق حتى يصل إلى الدرجة التى يستطيع فيها أن يحب المربي ، وتلك هى النقطة التى

يستطيع فيها قبول نمودجه التربوى فى سلاسه ويسر .

وقياساً على هذه العلاقة الفردية بين الأبن والأب نستطيع أن ننقل نفس المفاهيم إلى علاقات أوسع ، فمثلاً فى المدارس مطلوب أن تتم العملية التعليمية والتربوية فى إطار من المشاعر الإيجابية والجو المعطر بالوجدانات الندية ، وأن تصبح المدرسة مكاناً محبوباً يجد الطالب فيه نفسه من خلال مدرس يتقبله ويقدره ويحبه ومن خلال مسابقات رياضية وثقافية يحقق فيها ذاته ومن خلال مناهج يقدر على إستيعابها دون رهق ومشقة ، ومن خلال عدالة فى التقييم نحميه من تراكم مشاعر الظلم والحنق .

ونفس النموذج ينتقل إلى المؤسسات الإقتصادية والإجتماعية والسياسية حيث يعطى الجانب الوجدانى أهمية خاصة فى العلاقات ويتحاشى المربى (القائد أو المدير أو المسئول) أن يكون فظاً أو غليظ القلب حتى لا ينفض الناس من حوله .

أخطاء تربوية شائعة

أحياناً يقع الوالدان في بعض الأخطاء بقصد أو بدون قصد، وهذه الأخطاء يكون لها أثر بعيد المدى على حياة الأبن (أو البنت) وعلى صحته النفسية .

نذكر من هذه الأخطاء ما يلي :

١ - تربية رد الفعل :

ونضرب لذلك بعض الأمثلة :

رجل عانى من قسوة أبيه وشدته فيعتمد إلى إستخدام أسلوب معاكس تماماً مع أبنائه فيميل إلى اللين (المطلق) والتسامح (المطلق) ، فيترك العنان لأبنائه يفعلون ما يريدون دون محاسبة أو مراقبة من أى نوع ، فينشأ الأبناء بلا ضوابط ، وهذا يجعلهم في حالة من الضياع والحيرة والترهل النفسى مثلهم كمن يمشى فى طريق بلا علامات ولا حواجز ترشده .

امراة عانت من صرامة أمها وشدّة مراقبتها لتصرفاتها ووضع الحواجز الكثيرة أمام كل تحركاتها ، لذلك تعتمد إلى أسلوب معاكس تماماً فى تربية أبنائها وبناتها فتميل إلى إعطاء بناتها (بصفة خاصة) الحرية المطلقة يفعلن ما يردن دون وضع أى ضوابط من أى نوع ، فتنشأ البنت وهى أشبه بسيارة بلا كابح (فرامل) .

رجل عانى من بخل أبيه وتقصيره ، فنجده يميل إلى تربية أبنائه على الإسراف الشديد فيعطيهم كل ما يطلبون ، فينشأ الأبناء فى حالة شراهة إستهلاكية ولا يحتملون تأجيل أى رغبة أو أحتياج لأنهم تعودوا على الإشباع الزائد والسريع .

والمشكلة فى تربية رد الفعل أنها تنجح إلى الغلو دائما (ناحية اليمين أو ناحية اليسار) وتنسى الوسطية والإعتدال

٢ - تربية القضبان الحديدية :

وفى هذه الحالة يرسم الأب (أو الأم) خطأً محدداً لتربية الأبن (أو البنت) يكون أشبه بقضيب السكة الحديد ، ويتصور أن الابن هو قطار سكة حديد يجب أن

يمشى على هذا القضيبي وفي هذا المسار بلا إختيار أو خروج عن هذا المسار (ولو قليل) وهذه الطريقة - على الرغم من إصرار كثير من الآباء والأمهات عليها - إلا أنها تتنافى مع طبيعة الإنسان الذى أعطاه الله الإرادة وأعطاه حق الإختيار (حتى فى أن يعصاه) ، والإنسان - أى إنسان - جاء إلى هذا الكون ليحدث حركة جديدة وينشئ موقفاً مدعماً أو مغايراً لحركة الوالدين ، وبهذا تتجدد الحياة وتتمو وتتطور ، ولا يمكن أبداً أن يحدث هذا لو تصورنا أن الأبناء ما هم إلا نسخاً (أو إستنساخاً) من الوالدين . إذا فهذه الطريقة فى التربية - حتى لو نجحت - فإنها تعطى صوراً مكررة باهتة للجيل السابق ، وهذا يوقف نمو الحياة وتطورها . وإذا أصر أحد الوالدين على هذه الطريقة فى التربية فإن النتيجة تكون أحد الإحتمالات التالية :

- (أ) أن يتخلى الأب عن إرادته وإختياره ويسلم قياده لأبيه (أو لأمه) ويصبح شديد الإعتماد عليه (أو عليها) فى كل شئ ، ويفقد القدرة على المبادرة والإبداع ، ولا يفعل إلا ما يقوله الأب (أو الأم) ويعجز عن مواجهة المواقف المتغيرة فى الحياة .
- (ب) أن يتمرد الابن على الأسرة ويأخذ الخط المعاكس تماماً لما تريده ويصبح عنيداً مشاكساً ويحاول إثبات ذاته من خلال نفي خيارات أبيه أو أمه مهما كلفه ذلك من عناء ومشكلات .
- (ج) أن يضطرب الابن فيصبح متردداً بين خيارات الأب وخياراته الشخصية ويقف حائراً بينهما فيقرر فى النهاية أن يتوقف عن الحركة تماماً ولا يفعل أى شئ لأنه غير راض عن خيارات أبيه له ، وخائف فى نفس الوقت من خياراته الشخصية .

٣ - تربية التعويض :

ونعطى لذلك بعض الأمثلة :

عجز الأب عن أن يحقق حلمه فى التفوق الدراسى ويصبح طبيياً ، لذلك نجده يصر على أن يحقق ابنه هذا الحلم فيلزمه بساعات طويلة فى المذاكرة ويحضر له المدرسين ليحشرون العلوم فى مخه بكل الوسائل الممكنة ويعدونه لكى يكون ، كائناً إمتحانياً ، لا يفعل شيئاً إلا الحصول على الدرجات اللازمة لتحقيق الحلم (حلم أبيه

وليس حلمه هو) وعلى الرغم من كل هذه الجهود والمحاولات يفشل الابن دراسياً لأنه لا يجد نفسه في هذا الطريق ، وحتى لو حدث وإستطاع الحصول على المجموع الذى يريده الأب فإنه يكون قد فقد قدرته على التعامل مع متغيرات الحياة ، فهو غالباً يعجز عن التفكير والإبتكار وتحمل المواقف الصعبة ، ويعجز عن الإعتماد على نفسه فى أى شئ لأنه قد تحول بفعل فاعل من « كائن إنسانى » إلى « كائن إمتحانى » .

تزوجت الأم من رجل فقير فعانت مرارة الفقر والإحتياج لذلك تزرع فى أبنائها وبناتها حلم الغنى والإمتلاك ، وترفع لديهم من قيمة المال وتجعله فوق كل شئ ، وتحدد كل خياراتها لهم على هذا الأساس ، وحتى عند زواج أحد بناتها فهى تختار لها الزوج الغنى وتنسى فى سبيل ذلك كل الإعتبارات الأخرى .

٤ - تربية الحماية الخائفة :

حين تعانى الأم (وأحياناً الأب) من الشعور بعدم الأمان فإنها تسقط ذلك على أسلوب تربيته لأطفالها فتكون شديدة الخوف عليهم من كل شئ ، فلا تستطيع أن تترك الطفل يلعب أو يخرج من باب المنزل أو يختلط بأطفال آخرين ، وهى دائماً تجد المبررات لذلك فتدعى أن السيارات تمر بسرعة أمام المنزل ، وأن أطفال الجيران يتفوهون بألفاظ قبيحة وأن الطفل لا يستطيع حماية نفسه من أى خطر إلخ . وحتى حين يصبح هذا الأبن مرافقاً فإنها لا تسمح له بالخروج إلا للضرورة القصوى وإذا خرج للمدرسة تتابعة بنظراتها من الشباك حتى يغيب وإذا خرج مع أصدقائه تجلس فى إنتظاره وهى فى حالة قلق شديد . وهذه الأم لديها إحساس دائم بأن طفلها ضعيف جسدياً ونحيل الجسم (رغم أنه يكون فى حالة سمنة فى بعض الأحيان) وأن وجهه شاحباً (رغم أنه يكون متورداً فى الحقيقة) ، وهذه الصورة السلبية تنتقل من الأم إلى الأبن فيعتقد دائماً أنه ضعيف البنية وأنه غير قادر على مواجهة الأخطار فيستسلم للأم ويجلس بجوارها مهزوماً ضعيفاً ، أو أن يحدث الإحتمال الآخر وهو أن يتمرد على هذا الحنان الخائق ويخرج من نطاق الأم ويصبح مشاكساً عنيداً ويهرب من البيت ويفعل كل الأشياء التى تخاف منها الأم .

وهذه الحماية الخائفة تكثر فى الأم القلقة المحيطة الخائفة ، وتزداد فى حالة الابن الوحيد أو الابنة الوحيدة ، وتزداد أكثر إذا كان الأب متوفياً أو غائباً .

• نماذج مرضية في الأسرة

نورد فيما يلي بعض النماذج لتركيبات وديناميات مرضية في الأسرة تؤدي في أغلب الأحيان إلى اضطرابات نفسية لدى الأطفال .

١ - الأسرة المتسلطة

هذه الأسرة تلغي تماماً إرادة الطفل وإختياره بكل وسائل القهر وهي تعتقد خطأ أن هذه هي أفضل طريقة للتربية حيث تحاول تشكيل الطفل طبقاً لنموذج جاهز في ذهنها . وهذه الأسرة لا تحتل أي خروج ولو بسيط من جانب الطفل عن الإطار المرسوم مسبقاً . وقد تنجح هذه الأسرة - في الأمد القصير - في السيطرة على إرادة الطفل ، إلا أن هذا لا يستمر كثيراً حيث يأتي الوقت الذي يثور فيه الطفل أو المراهق فينقلب على هذه السيطرة وتفاجأ الأسرة بأحد الإحتمالات التالية :

(أ) ثورة عارمة من الطفل (أحياناً) أو من المراهق (غالباً) حيث يحاول أن يسترد سيطرته وإرادته ، ليس هذا فقط بل أنه يحاول أن يسيطر هو على أمه أو أبيه بكل الطرق الممكنة . وهذا الإبن يمكن أن يصبح مدمناً أو يسلك سلوكيات منحرفة أخرى لا شيء إلا ليشعر أنه أصبح يمتلك القدرة على « تدويخ » أبيه أو أمه .

(ب) عدوان سلبي (مكايده) حيث لا تظهر الميول العدوانية بشكل واضح وإنما تظهر في صورة موقف سلبي معاند يهدف به أن يغيظ أبويه .

(ت) إنسحاب مرضي ، حيث يقرر الطفل أو المراهق التسليم لإرادة أبيه أو أمه المسيطرة ويتخلى عن إرادته وإختياره وينسحب من الحياة وينطوى على نفسه ولا يفعل أي شيء .

٢ - الأسرة المتسببة

يفقد الطفل في هذه الأسرة الضوابط والحدود ، وتكون حدود المسموح والممنوع غير واضحة ، ويضعف فيها قانون الثواب والعقاب . ومن هنا تكون شخصية الطفل

منقلته وعاجزة عن الإلتزام بأى نظام قيمى أو أخلاقى أو إجتماعى ويبدو الطفل مدلا باحفا عن اللذة دون الوضع فى الإعتبار لأى ضوابط من أى نوع وعندما يكبر هذا الطفل فإنه يقع فى مشكلات كثيرة فى مجال الدراسة والعمل والعلاقات الإجتماعية بسبب عدم قدرته على الإلتزام .

٣ - الأم المستبدة القاسية والأب الضعيف المستسلم

هنا تنقلب الأدوار فتحتل الأم دور الأب ويأوى الأب إلى دور الأم ، وبذلك ينعكس نموذج الأب ونموذج الأم فى ذهن الطفل ويسبب له حيرة وإرتباك حول ما يراه فى المنزل وما يراه فى المجتمع ، ويضطر فى هذه الحالة أن يتحيز إلى أحد الطرفين تعاطفاً أو خوفاً .

٤ - الأب المستبد القاسى والأم الضعيفة المنسحبة

فى هذه الحالة يسود البيت جو من الفزع فى حالة وجود الأب وبصمت الجميع بما فيهم الأم ، ولكن ما أن يغيب الأب (لعمل أو لسفر) حتى يفعل كل فرد فى الأسرة أشياء ضد رغبة الأب ، أى أن هناك دائما حركة تمرد خفية تنتظر اللحظة المواتية للإنتفاض .

٥ - أبوان مستبدان قاسيان

هذا الوضع غير شائع كثيرا ، وإذا وجد فإن الأطفال يكونون بين المطرقة والسندان فإما أن يستسلموا تماما لإرادة الأبوين ويتخلوا عن إرادتهم وعن حريتهم وعن رأيهم ، وإما أن يتوحدوا مع الأبوين القاسيين ويصبحوا أشد منهم قسوة .

٦ - أبوان ضعيفان متساهلان

هذا الوضع أيضاً غير شائع ، ولكنه لو وجد فإن النتيجة هى أطفال بلا ضوابط ، وبيت ممتيع نصيب فيه الثوابت والحدود ، وينشأ الأطفال بإرادة ضعيفة مترهلة ويعجزوا عن التكيف مع الضوابط الإجتماعية السائدة .

٧ - غياب الأب (فعلاً أو مجازاً)

إن الأب يؤدى دور النموذج الذكرى (الرجل) فى الأسرة ، وهو رمز القيم والضوابط لبقية أفراد الأسرة . فإن غاب الأب عن المنزل بسبب السفر لفترات طويلة

أو العمل لساعات طويلة ، فإن نموذج « الرجل » « الأب » يغيب عن الأسرة فيفقد الأبناء قيمة تقليد وتقمص هذا النموذج ، ويفقدون أهم مصدر للقيم والضوابط في البيت ، ولو لم يكن هناك من يملأ هذا الفراغ (كالأم أو المدرس أو بعض الشخصيات الأخرى) فإن الطفل ينشأ غير قادر على الإلتزام بأى ميزان قيمي أو أى قانون أسرى أو إجتماعى ، وهذا الوضع ربما يدفع بالطفل إلى مجالات الانحراف السلوكى كالإدمان والسرقة إلخ .

٨ - إختلاف وجهة نظر الأم مع الأب (أو العكس) حول طريقة التربية

وربما يقول قائل : أن إختلاف وجهات النظر يعتبر سمة من سمات البشر ، وهذا صحيح ، ولكننا نقصد بإختلاف وجهات النظر هنا أن يدوم هذا الإختلاف ولا يصل الطرفان أبداً إلى نقاط التقاء أو إتفاق ، بل يصل الأمر إلى توقف الحوار بينهما بأساً من الوصول إلى نتيجة . وفى هذه الحالة تتبنى الأم أسلوباً معيناً فى التربية لا يوافق عليه الأب (أو العكس) ، ويميل كل منهما إلى إثبات أن الطرف الآخر مخطئ فى طريقته للتربية حتى ولو كان ذلك على حساب الأطفال . وأذكر هنا قصة أم كانت تسهل لإبنها الوحيد الإندفاع نحو الإدمان لكى تثبت لنفسها وللآخرين أن أبوه « العنيد » قد فشل فى تربيته .

وهذه المشكلة يمكن حلها بالحوار المستمر (دون ياس) بين الطرفين ، وأن يدخل كل منهما الحوار ولديه الإستعداد لقبول رأى الآخر ، وأن يتخلى كل منهما عن عناده ... وغطرسته وتعاليه ، وإذا عجز الطرفان عن إقامة هذا الحوار فيمكنهما اللجوء إلى معالج نفسى يساعدهما على التدريب على وسائل صحية فى التواصل والحوار حتى لا يدفع الأبناء الثمن بسبب الفجوة بين الوالدين .

٩ - إنفصال الأب عن الأم (فعلاً أو مجازاً)

قد ينفصل الأبوين بالطلاق ويعيش كل منهما حياته بأسلوب يختلف كلية عن الآخر وهنا يجد الأطفال صعوبة فى الإلتصاف إليهما معاً فيحدث إستقطاب ناحية الأب أو الأم ، بل وربما يغذى أحد الطرفين هذا الإستقطاب فتحاول الأم مثلاً زرع كراهية الأب فى نفوس أبنائها حتى يظلوا فى أحضانها (أو العكس) ، وهنا يهتز نموذج أحد الأبوين ويحدث توحّد مع الآخر ويصاحب ذلك إضطراب شديد للتكوين النفسى ،

وربما يؤدي ذلك إلى تراكم شحنة هائلة من الغضب نحو الأبوين اللذين وضعوا الطفل في هذا الصراع ، ويمكن أن تتسع دائرة الغضب إلى المجتمع الأوسع الذي لم يستطع أن يحل هذا الصراع القائم بين الأبوين . وهذا الغضب ربما يتحول إلى اضطرابات سلوكية معادية للمجتمع كالعنف والسرقة والإغتصاب والقتل إلخ .

١٠ - اضطراب الصحة النفسية لدى أحد الوالدين أو كليهما

في هذه الحالة يتأثر الطفل من طريقتين : الطريق الأول هو الصبغيات الوراثية التي تنتقل إليه من أحد الأبوين أو كليهما فتهيئة للمرض النفسي ، والطريق الثاني هو نمط الحياة المضطرب في المنزل نتيجة اضطراب سلوك أحد الأبوين أو كليهما مما يجعل الجو الأسرى غير آمن وغير مستقر فيبعث ذلك في الطفل الإحساس الدائم .

بالخوف وعدم الأمان . إضافة إلى ما يتعلمه الطفل من طرق سلوكية غير صحيحة من الأب المريض أو الأم المريضة .

سيكولوجية التبني .. الكفالة .. الأسرة البديلة

في الأحوال العادية يستقبل الطفل المولود بفرحة وتضام له الشموع ويحاط بالرعاية في حضن أمه وفي كنف أبيه ويكبر في جو من الحب والقبول ويشعر بالإنتماء لأسرته وعائلته ويفخر بذلك الإنتماء وتحدد عليه هويته .

ولكن للأسف في حالات أخرى يستقبل الطفل بالإشمزاز والنفور ويتم التخلص منه فور ولادته بوضعه على أحد الأرصفة أو بجوار سلة مهملات أو على باب أحد دور العبادة ، ويترك لعدة ساعات أو أيام بدون غذاء أو رعاية في ظروف جوية قاسية حتى يعثر عليه أحد فيبدأ مشوار العناء حيث تتناقله أياد كثيرة من الشخص الذي عثر عليه إلى قسم الشرطة إلى دار الرعاية إلى المرشعة ثم إلى دار الرعاية ثم إلى أحد الأسر وهكذا لا يذوق هذا الطفل المسكين طعم الإستقرار أو الراحة أو الأمان ، وهو يدفع ثمن خطيئة أبوية بلا ذنب جناه .

وفي أحيان أخرى يموت الأبوين أو أحدهما فيجد الطفل الضعيف نفسه بلا رعاية ولا مأوى فيواجه نفس مصير الطفل اللقيط ، ولكن في هذه المرة بسبب الموت أو الفقر الذي لحق بالأبوين .

ولدراسة هذا الموضوع من الجانب النفسي يحسن بنا إستعراض بعض التعريفات والأحكام الخاصة بهذا الموضوع :

- * **اللقيط** : هو الطفل غير البالغ الذي يوجد في الشارع أو ضال الطريق ولا يعرف نسبه .
- * **حكم التقاطه** : والتقاطه فرض من فروض الكفاية ، كغيره من كل شيء ضائع لا كافل له ، لأن في تركه ضياعه .
- * **من الأولى باللقيط** : والذي يجده هو الأولى بحضانته إذا كان حراً عدلاً أميناً رشيداً ، وعليه أن يقوم بتربيته وتعليمه .
- * **النفقة عليه** : وينفق عليه من ماله إن وجد معه مال ، فإن لم يوجد مال ، فنفقته من بيت المال ، فإن لم يتيسر فعلى من علم بحاله أن ينفق عليه .
- * **ميراث اللقيط** : وإذا مات اللقيط وترك ميراثاً ولم يخلف وارثاً كان ميراثه

لبيت المال ، وكذلك ديبته تكون لبيت المال إذا قتل ، وليس لملتقطه حق ميراثه .

* **إدعاء نسبه :** ومن ادعى نسبه من ذكر أو أنثى ألحق به متى كان وجوده منه ممكناً ، لما فيه من مصلحة اللقيط دون ضرر يلحق بغيره ، وحينئذ يثبت نسبه وإرثه لدعيه (سابق ١٩٨٧)

* **التبني :** هو العملية التي توكل فيها رعاية الطفل إلى واحد أو أكثر من الراشدين كي يعيش في أسرة بديلة ليست هي أسرته البيولوجية ولكنها أسرته بموجب القانون حيث يتم نسبه قانوناً إلى هذه الأسرة ، ولا يجوز أن ينسب الطفل لأحد إذا كان نسبه معلوماً من قبل تطبيقاً لقول الله عز وجل في الآية الخامسة من سورة الأحزاب :

« إدعوهم لأبائهم هو أقسط عند الله . فإن لم تعلموا آباءهم فإخوانكم في الدين ومواليكم ، وليس عليكم جناح فيما أخطأتم به ولكن ما تعمدت قلوبكم وكان الله غفوراً رحيماً » .

* **الأسرة البديلة :** هي أسرة لا ينتمى إليها الطفل بيولوجياً ، ولكنه يعيش في كنفها وربما يحمل اسمها فيكون متبني أو لا يحمل اسمها فيكون مكفولاً .

وعمليات التبني والكفالة يتوقع أن تزداد بشكل مطرد في العقود القادمة نظراً للتغيرات الاجتماعية والأخلاقية الحالية والمتوقعة والتي أدت إلى ضعف نسبي في الروابط الأسرية وزيادة معدلات الطلاق والعلاقات غير الشرعية .

والسؤال الهام الذي يحير الناس في هذا الموضوع هو :

متي نخبر الطفل بحقيقة نسبه ؟

والإجابة تتوقف على عوامل كثيرة ، ولكل حالة السيناريو المناسب لها ، ولكن الخبرة أثبتت أنه من الأفضل إخبار الطفل فيما بين الثانية والرابعة من عمره بشكل بسيط متدرج يستوعبه عقله الصغير ، فيقال له إن أبوه وأمه قد ذهبوا بعيداً وأن من يقومان على رعايته الآن يحبانهم مثل أبويه تماماً ولن يتخلوا عنه أبداً ، وذلك حتى لا يعلم الطفل بحقيقة نسبه من خارج الأسرة فيشعر عندئذ أن أسرته بالتبني قد أخفوا عنه الحقيقة وأن أسرته الأصلية قد نبذته . (Kaplan, Sadock and Grebb, 1994)

وبعض الأسر تؤجل ذلك حتى سن السابعة أو الثامنة حتى يستطيع الطفل إستيعاب الموقف بشكل أفضل ، وبعض الأسر تؤجل ذلك حتى يكبر الطفل ويصل إلى

مرحلة الشباب ويصبح قادراً على الإستقلال والإعتماد على نفسه ، وفى كل الحالات يجب مواجهة الآثار التى تترتب على معرفة الشخص بحقيقة نسبه ودعمه نفسياً حتى يتجاوز هذه المحنة .

الحالة النفسية للأطفال المتبنين (أو المكسولين)

هؤلاء الأطفال تزيد بينهم الإضطرابات الإنفعالية مقارنة بأقرانهم ، مثل السلوك العدوانى والسرقه ، وصعوبات التعلم . ووجد أنه كلما كان التبنى فى سن متأخرة كلما كانت هذه الإضطرابات أكثر إحتماً وأكثر شدة . وهذه الإضطرابات لها جانب وراثى وجانب مكتسب .

أما الجانب الوراثى فيعود إلى النشأة البيولوجية لهذا الطفل ، فقد وجد أن النساء اللاتى يحملن سفاحاً يكن أقل ذكاءً على وجه العموم حيث يتراوح ذكاءهن من ٨٣ إلى ٩٦ ، وهن طبقات دنيا فى الأغلب ، ويرتبط الحمل سفاحاً بسمات مرضية فى شخصية المرأة يمكن أن يرثها الابن أو البنت (الحنفى ، ١٩٩٢) .

أما الجانب المكتسب فيتمثل فى حالة القلق والإكتئاب التى تعترى الأم منذ بداية حملها بهذا الجنين غير الشرعى ، وترجم هذه الإضطرابات النفسية فى صورة تغيرات كيميائية تؤثر فى نمو الطفل وحالته الوجدانية . وربما تكون هناك محاولات إجهاض متكررة ، وإذا لم تنجح هذه المحاولات ووصل الجنين إلى مرحلة الولادة فإنه لا يستقبل بالفرحة ولا تضاء له الشموع وينعم بالدفء ، بل يتم التخلص منه بإلقائه فى الشارع ، كل هذا لابد وأن يترك بصماته فى شخصية هذا الطفل فيما بعد . يضاف إلى ذلك عدم وجود رعاية عاطفية تلبى إحتياجات هذا الطفل ، وتعرضه للإهمال والتبذ فى بقية مراحل طفولته .

وإذا تربي فى دار الرعاية فإنه يفتقد جو الأسرة الحانى ويفتقد الهوية الأسرية والإنتماء لأب وأم وعائلة ويعانى من الوصمة الإجتماعية بوصفه لقيطاً أو منبوذاً من أسرته الأصلية لأسباب أخلاقية أو مادية .

مزايا وعيوب الأسرة البديلة :

وإذا حدث وتم إلحاق هذا الطفل بأسرة سواء كان ذلك بالتبنى أو الكفالة فإنه يحصل على ميزة تربيته فى جو أسرى يشعر فيه بالحب والإنتماء .
والإتجاه الحديث الآن هو إلحاق هؤلاء الأطفال بأسر بديلة على أن تتكفل

المؤسسات الإجتماعية بالإتفاق عليهم ، وهذا يشجع الأسرة على تقبلهم . ويتم ذلك بناءً على عقد بين دار الرعاية والأسرة ، وذلك بعد دراسة أحوال الأسرة والإطمئنان على سلامتها من الناحية الإجتماعية والأخلاقية وذلك بواسطة الأخصائيين الإجتماعيين والنفسيين . وقد نجحت هذه التجربة في بعض الدول المتقدمة حتى وصلت إلى توفير أسر بديلة لـ ٩٠٪ من الأطفال المقيمين في دور الرعاية ، وقد حول جزء كبير من ميزانيات دور الرعاية إلى الإتفاق على هذه الأسر البديلة .

(Carson, Butcher & Coleman, 1988)

وهناك عدة إحتتمالات وراء قبول الأسرة لتبني أو كفالة هؤلاء الأطفال نذكر

منها :

١ - الإستفادة المادية من العون الذى تقدمه المؤسسات الإجتماعية لهم مقابل كفالتهم للطفل .

٢ - حل مشكلة العقم فى الأسرة بإستحضار طفل يرضى دوافع الأمومة والأبوة داخل الأسرة . وفى هذه الحالة يستخدم الطفل لحل مشكلة الأسرة وليس العكس .

٣ - الشفقة والرحمة تجاه هذا الطفل وعدم إنتظار أى مكافأة دنيوية .

وفى كل الحالات ربما يعانى الطفل مشكلات تربية فى أسرته البديلة يمكن

إجمالها كالتالى :

١ - **التدليل** : وخاصة إذا كانت الأسرة قد عانت لفترة طويلة الحرمان من طفل بسبب العقم ، فيحتمل أن يحوطوا هذا الطفل القادم بالتدليل وتحقيق كل رغباته فينشأ أنانياً كثير المطالب ، غير قادر على تحمل المسئولية .

٢ - **الحماية الزائدة** : وخاصة إذا كانت الأم البديلة لديها سمات عصابية تجعلها شديدة الحرص وشديدة الخوف عليه . فتحوطه فى كل حركاته وسكناته فينشأ إعتمادياً خائفاً ، أو يتمرد بعد ذلك على تلك الحماية وخاصة فى فترة المراهقة ، فيصبح عدوانياً ثائراً .

٣ - **الإهمال** : وهذا يحدث فى حالة الأسرة التى تكفل الطفل مقابل مكافأة مادية ، فغالباً لا يكون لديهم عطاء عاطفى لهذا الطفل ، وهذا الإهمال يجعله ينشأ منطوياً حزيناً فاقداً للثقة بنفسه وبالناس .

٤ - **النبد** : وهو يحدث شعورياً أو لا شعورياً نتيجة الوصمة الإجتماعية التى

يحملها هذا الطفل لكونه لقيطاً أو منبوذاً من أسرته الأصلية . وهذا النبذ يجعله مليناً بالغضب والميول العدوانية نحو الآخرين .

٥ - **الغيرة** : وتحدث غالباً في فترة المراهقة ، فإذا كانت المتبناه بنتاً فربما حدثت غيرة من الأم البديلة تجاهها حيث تخشى حدوث ميل عاطفى أو غيرة بين البنت وبين أبوها بالتبني (فيلم العذراء والشعر الأبيض) ، وإذا كان المتبني ولداً حدث العكس . وهذه الغيرة ربما لا تظهر بشكل مباشر وإنما تظهر في صورة إضطراب في العلاقات ربما تصل إلى محاولة التخلص من هذه البنت المراهقة (المشكلة) وأحياناً يتم التخلص منها (أو منه) بشكل عدواني كما حدث في حالة عرضت على حيث قررت الأم إخبار ابنتها بالكفالة بشكل مفاجئ بأنها لقيطة وأنها يجب أن تعود إلى دار الرعاية في هذه المرحلة ، وأصرت على ذلك ، وقد ألحق ذلك إيذاءً نفسياً شديداً للبنت حيث فقدت إنتماءها الإجتماعى في لحظة وغارت الأرض من تحت قدميها وفقدت هويتها وإضطربت كل حساباتها وتوقعاتها من الحياة وبين يوم وليلة إنتقلت من منزل دافئ وأسرة محترمة إلى دار رعاية باردة الأركان وباهتة الملامح وتحمل معها وصمة إجتماعية وأخلاقية تمنعها من القدرة على الذهاب للجامعة ولقاء صديقاتها ومعارفها . وهذا نوع من العدوان وحكم الإعدام مارسته الأم بالتبني بدافع الغيرة .

٦ - **التفرقة في التعامل** : وإذا كان المتبني (أو المكفول) يعيش في أسرة بها أطفال آخرون من صلب الأب والأم فغالبا ما تحدث تفرقة في المعاملة تؤدى إلى شعوره بالإختلاف والنبذ والظلم وعدم الأمان (فيلم الخطايا) .

سيكولوجية التعلق :

وهناك نقطة هامة لا بد من مراعاتها في التعامل مع الطفل ، وهى ما يعرف بـ « سيكولوجية التعلق » حيث يميل الإنسان إلى التعلق الوجدانى بأشخاص معينين يقومون على رعايته ويميل إلى إستمرارية هذا التعلق حتى يستشعر الطمأنينة والأمان ، لذلك لا يجب قطع تعلقاته من وقت لآخر وبشكل مفاجئ ، وهذا يحدث كثيراً - للأسف - لهؤلاء الأطفال ، حيث تنتقل كفالتهم عدة مرات من الأم الأصلية إلى

الشارع ثم إلى قسم الشرطة ، ثم إلى دار الرعاية ، ثم إلى مرصعة تكفله حتى سن سنتين حتى يتعلق بها كأم فينتزع من حضانتها ويلقى به مرة أخرى في دار الرعاية ، ثم تأتي أسرة بديلة تأخذه لعدة سنوات فيتعلق بها ثم يفاجأ بعودته قسراً مرة أخرى إلى دار الرعاية وهكذا . وهذا التقلب يحرم الطفل من التعلق الدائم الذي يمنحه الشعور بالإنتماء والأمان .

والطفل المتبنى (أو المكفول) بعد أن يعرف حقيقة تبنيه (أو كفالته) تحدث لديه إزدواجية في الإنتماء يجسدها في خياله بين الأبوين الحقيقيين والأبوين المتبنيين، وأحياناً يحدث صراع بين هذين الإنتماءين وربما يحل هذا الصراع بتوجيه عدوانه إلى أحد طرفي الصراع ، وبما أن الأبوين الأصليين غير متاحين فهو غالباً يخرج عدوانه نحو الأبوين المتبنيين ، وقد رأيت شاباً رباه شخص غير أبوه وأحسن معاملته حتى أصبح طبيباً ولكنه كان يشعر ناحيته بمشاعر عدائية لا يعرف لها سبباً .

ويظل الطفل المتبنى يحلم برؤية أبويه الأصليين ويسعى لذلك كثيراً وحين يقابلهم أو يقابل أحدهم لا يشعر ناحيتهم بمشاعر قوية ولكنه يطمئن إلى هويته وأصله ويجب أن يحتفظ بعلاقة ما تضمن له استمرار ذلك على الرغم من عدم شعوره بالحب لهم .

وهنا يتساءل البعض هل من الأفضل رعاية الطفل في دار رعاية أم

في أسرة بديلة؟

والإجابة على هذا السؤال تضع في الإعتبار الأول مصلحة الطفل وظروفة ، فدار الرعاية لا تعطى للطفل الجو الأسرى الطبيعي حيث يتجمع عدد كبير (غالباً) من الأطفال يقوم على رعايتهم عدد من الموظفين يقومون بأدوارهم غالباً بشكل مهني ربما يخلو من الجانب العاطفي .

ومن يزور هذه الدور فسوف يجد أطفالاً خلت عيونهم من بريق الحب والحنان الذي حرموا منه وهم معزولون عن المجتمع طول الوقت ، وأذكر في أحد الزيارات وجدت أن أقصى ما يتمناه هؤلاء الأطفال هو أن يحملهم الزائرين لكي ينظروا من الشباك ويشاهدوا الناس والسيارات والشوارع ، فإلى هذا الحد يعانون من الحرمان الحسى والعاطفي ، ولا يعوض هذا الحرمان زيارة بعض أصحاب القلوب الرحيمة لهم، فهم يعيشون في دار الرعاية بلا روح وحين يزورهم أحد يندفعون نحوه وينادون «بابا، لأى رجل و ماما ، لأى امرأة دون أن تحمل هذه الكلمات المعنى العميق لها في

نفوسهم كما هو الحال في الأطفال الذين يعيشون في كنف أسرهم يتمتعون بالحب والتدليل والرعاية من أبويهم ، وعزلة هؤلاء الأطفال عن المجتمع تجعل لديهم صعوبات في التكيف حين يكبرون .

لذلك تزايدت المطالبة في كل دول العالم بتهيئة رعاية مناسبة من خلال الأسرة البديلة على أن يتم ذلك بعناية شديدة وبعد دراسة أحوال وظروف هذه الأسرة البديلة وإستمرار متابعة أحوال الطفل داخل هذه الأسر بواسطة المؤسسات الإجتماعية المختصة حتى لا يتعرض الطفل لظروف غير مواتية .

ونحن في المجتمعات العربية الإسلامية لدينا تراث أخلاقي وديني يجعل لدينا ميل لإحتواء هؤلاء الأطفال وحسن رعايتهم حيث يقول رسولنا الكريم « خير بيوت المسلمين بيت فيه يتيم يكرم » ، ويقول أيضاً « أنا وكافل اليتيم في الجنة كهاتين » وأشار بالسبابة والوسطى .

الباب الثاني

الإضطرابات النفسية في الأطفال

القلق

إن القلق يصاحب الإنسان منذ مولده ويلزمه حتى وفاته . وربما يكون هذا مصداقاً للآية الكريمة ، وخلقنا الإنسان في كبد ، ، فهو يكابد الأم الولادة ويكابد مشكلات الرضاعة والتبرز والإتصال والإنفصال والخوف من فقد الأم (مصدر الحب والحنان والرعاية) أو فقد الأب (مصدر الإنفاق والحماية) ، وفي كل مرحلة توجد مصادر عديدة للقلق . ومع هذا فإن القلق ليس مرضاً في كل الحالات ، بل هو يؤدي وظيفة هامة لبقاء الإنسان إذا ظل في الحدود المقبولة ، لأنه يدفع الإنسان للإبتعاد عن الأشياء التي تهدد وجوده أو سلامته ولكن إذا زاد القلق عن هذه الحدود فهو يؤثر تأثيراً سلبياً على الطفل كما سنرى .

والقلق عند الطفل يمكن أن يعبر عن نفسه في صورة أعراض نفسية كالخوف المفرط من أشياء لا تستحق الخوف أو العصبية الزائدة والصراخ أو البكاء المستمر والتعلق بالأم طول الوقت والخوف من الأشخاص الغرباء والخوف من الظلام والخوف من الحيوانات إلخ .

وأحياناً يظهر في صورة أعراض جسمانية كفقد الشهية للطعام وفقد الوزن واضطرابات البطن وكثرة التعرض للإلتهابات ، والقيء المتكرر ، وعدم الإستقرار الحركي إلخ .

ويمكن إستعراض أنواع القلق في فترة الطفولة كالاتى :

١ - قلق الإنفصال :

حيث يصاب الطفل بخوف شديد عند أى محاولة لإبعاده عن أمه ويظل ملتصقاً بها طول الوقت أينما ذهبت . وتظهر المشكلة أكثر عندما تحاول الأسرة إلحاق الطفل بالحضانة أو المدرسة حيث يرفض الطفل رفضاً تاماً الذهاب إلى أى مكان يبتعد فيه عن أمه ، ويصاب بحالة من الهلع إذا تركته الأم في أى مكان وذهبت بعيداً .

وهذه الحالة تعالج بإستخدام مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات (مثل الإميرامين) مع بعض مضادات القلق بالإضافة إلى العلاج النفسى وذلك بأن تذهب

الأم مع الطفل في اليوم الأول إلى المدرسة وتجلس معه نصف ساعة ثم تعود به ، وفي اليوم التالي تجلس فترة أطول ثم تعود به ، وهكذا لمدة أسبوع .
وفي الأسبوع الثاني يذهب الأب مع الطفل ويكرر ما فعلته الأم ، ثم يبدأ الأب بالانسحاب التدريجي في الوقت الذي يكون الطفل فيه قد ارتبط بالمكان والأطفال .

٢ - التجنب :

في هذه الحالة نجد الطفل خائفاً من كل شيء ومتجنباً كل شيء ، فهو متجنب أي موقف جديد أو علاقة جديدة مع أحد ويتجنب أي محاولة جديدة للتعرف على الأشياء من حوله ويظل يدور في محيطه المألوف الضيق .

٣ - القلق المصروط :

مثال لذلك الطفل الذي يتوتر ويضطرب لأي تغيير في حياته ، فهو يقلق مع دخول المدارس قلقاً شديداً ويقلق إذا حضر ضيوف غرباء إلى البيت ، ويقلق إذا إنتقلت الأسرة لمنزل جديد ، ويقلق بشدة إذا ولد للأسرة طفل جديد ... وهكذا نجده يقلق لأي حدث عادي في الحياة بشكل يتجاوز حدود القلق الطبيعي . فهو بإختصار يحمل هم كل شيء ويجده صعباً مخيفاً .

٤ - الرهاب :

وهو حالة من الهلع تنتاب الطفل عند رؤية شيء معين أو المرور بموقف معين فمثلاً تحدث هذه الحالة عندما يرى الطفل قطة أو فأر أو ثعباناً أو كلباً أو أحد الأشخاص أو أن يكون في مكان مرتفع أو مكان واسع مفتوح أو مكان مغلق أو مزدحم . وفي هذه الحالات يكون الطفل في حالة فزع شديد ووجهه مصفر وعرقه غزير ونبضه سريع ويده باردتان مرتعشتان ، ويحاول الإحتماء بأقرب شخص إليه .

٥ - الوسواس :

ويأخذ شكل أفكار معينة تتسلط على الطفل ويظل مشغولاً بها طول الوقت ولا يستطيع التخلص منها ، أو يكون في صورة فعل قهري كأن يكرر غسل يديه مرات عديدة ويقضى في دورة المياه أوقاناً طويلة ليتأكد أنه تطهر من نجاسته ، أو يعيد الوضوء مرات عديدة أو يعيد الصلاة أو يصر على غسل ملابسه إذا مرت بجواره قطه إلخ .

وهذه الأنواع المختلفة من القلق يمكن علاجها بمضادات القلق ومضادات الإكتئاب والعلاج النفسي الفردي أو السلوكي أو العائلي أو كلاهما معاً وعلى الأسرة أن تراجع طريقة ترتيبها لأطفالها فتجعل جو البيت آمناً هادئاً ولا تبالغ في الخوف من الأحداث أو الأشياء وتعود الطفل على الإستقلال والمغامرة لإكتشاف البيئة من حوله . وعلى الأم أن لا تبالغ في الخوف من النجاسة أو القذارة لأن الأصل في الأشياء الطهارة ، فقد وجد أن نسبة كبيرة من حالات الوسواس القهري لدى الأبناء يكون سببها النظام الصارم للأم (أو الأب) الذي يتشكك في النظافة والطهارة والنظام ويبالغ في التدقيق في كل شئ .

إضطرابات النوم

يعتبر النوم من الأشياء التي تعكس الحالة النفسية للطفل خاصة أن الطفل ربما لا يستطيع أن يتحدث صراحة عن مشاكله النفسية فيكون إضطراب النوم دليلاً على إضطراب حالته النفسية ولاضطراب النوم حالات كثيرة نذكر منها :

١ - الأرق :

بأن يجد الطفل صعوبة في أن ينام في أول الليل ، أو أنه ينام ولكن نومه يكون متقطعاً فيستيقظ عدة مرات أثناء الليل ، أو أنه يستيقظ مبكراً ولا يستطيع العودة إلى النوم مرة أخرى . وعندما لا يأخذ الطفل كفايته من النوم نجده شاحباً وعصبياً وقلقاً وغير قادر على التركيز في اللعب أو المدرسة ويكون مزاجه معتلاً والأرق في النوم يمكن أن يكون علامة للقلق أو للإكتئاب ويعالج بعلاج السبب وبتهيئة جو هادئ ومريح للنوم ، وفي قليل من الأحيان نحتاج لبعض العقاقير لفترة قصيرة .

٢ - زيادة النوم :

وهذا العرض يكون بنسبة أقل من العرض السابق فنجد الطفل ينام كثيراً سواء ليلاً أو نهاراً ويستيقظ للمدرسة بصعوبة في الصباح ، ويفضل النوم على أى شئ آخر ، ويبدو في حالة كسل وتناؤب معظم الوقت .

وفي هذه الحالة يمكن أن تكون تعبيراً عن التعاسة والحزن فالطفل لا يجد شيئاً

يشيره أو يريد أن يهرب من واقع لا يرضى عنه . ويمكن أن يكون ذلك من تأثير اضطراب عضوى كتنقص إفراز الغدة الدرقية .

٣ - الكوابيس الليلية :

يستيقظ الطفل ليلاً على أثر حلم مخيف وربما يصرخ فزعاً ويحاول الإحتماء بمن حوله ، وهو يتذكر تفاصيل الحلم المخيف ، ثم بعد فترة يهدأ وينام وربما يتكرر الكابوس عدة مرات أثناء الليل ، والكوابيس الليلية تحدث لكل الأطفال على فترات ، ولكننا لا نعتبرها اضطراباً إلا إذا كانت تتكرر بشكل واضح ومؤثر على نوم الطفل وهنا نبدأ فى البحث عن الأسباب ، فربما كان مكان النوم غير مريح للطفل ، أو أن الطفل يشاهد بعض الأشياء المخيفة فى التليفزيون قبل نومه أو أن أحداً يحكى له حكايات مخيفة ، أو أنه لا يشعر بأمان فى حياته نتيجة اضطراب الجو الأسرى وإحساسه بقرب انهيار الأسرة فى أى وقت ، أو تعرضه للعقاب الشديد من الأب أو الأم أو المدرس ، أو أنه يعانى من اضطراب القلق النفسى إلخ . ويكون العلاج بتلافى الأسباب السابقة وتوفير جو آمن للطفل فى حياته عموماً وأثناء نومه بشكل خاص . وهناك حالات قليلة تحتاج للعلاج النفسى أو الدوائى .

٤ - الفزع الليلي :

فى هذه الحالة يستيقظ الطفل من نومه فى حالة فزع شديد ، ويكون وجهه مصفراً وأطرافه باردة وأحياناً يتصبب عرقاً ، وإذا حاول أحد تهدئته فإنه لا يستجيب بسهولة ولا يحس بمن حوله ، وبعد فترة يعود إلى النوم ولا يتذكر أى شئ عن هذه الحالة عندما يستيقظ وهذه الحالة تعكس قدراً من القلق أعمق مما رأيناه فى حالات الكوابيس الليلية . وهناك بعض الأبحاث تعزو هذه الحالة إلى اضطراب النشاط الكهربى فى المخ وتوصي باستخدام بعض مضادات الصراخ بجرعات قليلة .

٥ - المشي أثناء النوم :

يقوم الطفل من سريره ويتحرك فى الغرفة أو المنزل وربما يقوم ببعض الأفعال المركبة كأن يفتح التلاجة ويتناول كوباً من الماء ثم يعود إلى سريره ، وإذا قابله أحد أثناء مشيه فإنه لا يشعر به ولا يستيقظ بسهولة أثناء هذه الحالة . وهذا الإضطراب يحدث نتيجة لخلل فى مرحلة النوم الحالم ، وهو يستجيب للعلاج ببعض مضادات الإكتئاب .

إضطرابات النمو الشاملة Pervasive Developmental Disorders

هذه الإضطرابات تشمل مجموعة من الحالات تتسم بالإضطراب الشامل لعدة وظائف نفسية مثل تأخر أو إنحراف المهارات الإجتماعية واللغة والتواصل والسلوك .

وهذه المجموعة من الإضطرابات تشمل :

* إضطراب الذاتوية (التوحد) Autistic Disorder

* إضطراب رت Rett's Disorder

* الإضطراب المفكك للقدرات العقلية في الطفولة
Childhood Disintegrative Disorder

* إضطراب أسبرجر Asperger's Disorder

ولنأخذها بشئ من التفصيل حسب أهمية كل إضطراب وانتشاره .

١ - إضطراب الذاتوية (التوحد)

Autistic Disorder

لقد لاحظ مودسلي عام ١٨٦٧ (Maudsley 1867) أن هناك مجموعة من الأطفال لديهم تأخر وتشوه في النمو ، وكان يضع هؤلاء الأطفال ضمن تقسيمات ذهان الطفولة . ثم جاء كانر عام ١٩٤٣ (Kanner, 1943) فأعطى إسم ذاتوية الأطفال الرضع ، (Infantile Autism) لهذا الإضطراب تفصيلاً .

معدل الانتشار:

يصيب هذا الإضطراب حوالي ٥ من كل ١٠٠٠٠٠٠ من الأطفال (أى ٠.٠٥٪) .

ويبدأ هذا الإضطراب قبل سن ٣ سنوات ، ومع هذا يتأخر إكتشافه في بعض الحالات إلى سن متأخرة في الطفولة . وفي بعض الدراسات الحديثة وصل المعدل إلى ١ من كل ١٠٠٠ ، ويبدو أن هذه الزيادة مرتبطة بارتفاع نسبة الملوثات وتأثيرها على

النساء الحوامل وعلى التركيبات الجينية .

وهو أكثر شيوعاً في الذكور مقارنة بالإناث بنسبة ٥ : ١ ، ولكن الفتيات المصابات تكون حالاتهن أكثر تدهوراً ويصاحبها تخلف عقلي بدرجات شديدة . وكان يعتقد في الماضي أن هذا المرض يصيب أبناء وبنات الطبقات الإجتماعية الأعلى ، ولكن الأبحاث لم تثبت هذا ويبدو أن إكتشاف المرض في هذه الطبقات كان أكثر نتيجة للعناية الطبية التي يلقونها . وإلى وقت قريب كان يعتقد أن هذا الإضطراب نادر في المجتمعات الشرقية مقارنة بالغرب ، ولكن في السنوات العشر الأخيرة أصبحنا نرى عدداً غير قليل من الحالات ، ونتمنى أن تجرى دراسات إحصائية دقيقة لمعرفة مدى إنتشارية هذا الإضطراب في مصر والعالم العربي .

أسباب المرض وآلية حدوثه :

• العوامل النفسية والاجتماعية والأسرية :

لقد افترض كانر في البداية أن هذا الإضطراب يرجع إلى ضعف الإستجابة العاطفية لدى الأم بمعنى أن الأم تتسم بالبرود العاطفي ولا تحوط طفلها بالعناية اللازمة ، ولكن الأبحاث والدراسات المنضبطة قارنت بين آباء وأمها المرضي وغير المرضي فلم تجد فروقاً ذات دلالة وعلى الجانب الآخر تواترت الكثير من الأدلة التي تشير إلى إضطرابات بيولوجية في المخ لدى الأطفال الذاتويين .

ولكن الملاحظ أن الأطفال الذاتويين يستجيبون بشكل مبالغ لأى ضغوط عائلية أو تغيرات في البيئة ويقاومون هذه التغيرات بشدة .

• العوامل البيولوجية :

لقد لوحظ إرتفاع معدل التخلف العقلي وحدثت نوبات الصرع لدى الذاتويين ، وهذا ربما يشير إلى إحتتمالات إصابة المخ بخلل عضوى . ووجد أن ٧٥% من الذاتويين يعانون من تخلف عقلي كإضطراب مصاحب ، وحوالي ٢٢% من الذاتويين قد عانوا من نوبات صرعية كبرى في فترة من حياتهم . وأثبتت الأشعة المقطعية إتساع البطينات الدماغية في ٢٥% من الحالات . ويعمل رسم مخ كهربائي تبين أن ١٠ - ٨٣% من الحالات لديهم إضطرابات غير نوعية في رسم المخ ، وهناك أدلة على فشل سيطرة أحد نصفي المخ على الآخر . أما فحوصات الرنين المغناطيسي على المخ فقد أثبتت وجود شذوذات في بعض مناطق المخيخ وشذوذات في القشرة المخية . والأطفال الذاتويين لديهم مشكلات مصاحبة في الجهاز العصبي مثل

الحميراء أو الحصبة الألمانية (Rubella) والفينيل كيتونيوريا والتصلب الحدبي
Tuberous sclerosis وإضطرابات رت (Rett's Disorder) .

ويشير وجود شذوذات خلقية طفيفة لدى الأطفال الذاتويين أكثر من غيرهم إلى
إضطرابات محتملة في النمو حدثت في الشهور الثلاثة الأولى للحمل .

• العوامل الجينية :

لقد ثبت من العديد من الأبحاث أن نسبة الإصابة بالمرض في أشقاء الذاتويين
تتراوح بين ٢٪ إلى ٤٪ وهي نسبة عالية تفوق ٥٠ مرة نسبة الإصابة في عموم
الناس أما نسبة الإصابة المتواترة في التوائم المتماثلة فتصل إلى ٣٦٪ .

ويبدو أن هناك ارتباط ما بين إضطراب الذاتوية ولزومه س الهشة
(Frgil-x Syndrome) حيث أن ١٪ من الذاتويين لديهم هذه اللزمة .

وحوالي ٢٪ من الذاتويين لديهم إضطراب التصلب الحدبي
(Tuberous scleriosis) وهذا إضطراب جيني آخر يتميز بأورام حميدة متعددة في
المخ (درنات) وقد وجدت الأبحاث الأحدث على الـ «دنا» (DNA) دليلاً قوياً جداً
على إصابة منطقتين على الكروموسومين رقم ٢ ورقم ٧ في حالات الذاتويين كما
وجدت أدلة إرتباطات على أضعف على الكروموسومين رقم ١٦ ورقم ١٧ .

• العوامل المناعية :

تشير أبحاث عديدة إلى عدم التوافق المناعي بين الأم والطفل حيث يوجد في
دم الأم أجسام مضادة موجهة نحو الجنين ، والجنين بدوره يفرز خلايا ليمفاوية
لمواجهة تلك الأجسام المضادة . وهذه المعركة تحدث تلفاً في الجهاز العصبي للجنين
في مراحل الأولى .

• عوامل قبل وأثناء الولادة :

لوحظ أن الأطفال الذاتويين قد تعرضوا أكثر من غيرهم لأحداث قبل وأثناء
الولادة مثل النزيف أثناء الفترة الأولى من الحمل أو كرب التنفس والأنيميا (فقر الدم)
بعد الولادة .

• عوامل تشريحية عصبية :

أوضحت دراسات وفحوصات الرنين المغناطيسي أن حجم المخ في الأطفال
الذاتويين كان أكبر من الأطفال العاديين على الرغم من أن الذاتويين المصابين
بتخلف عقلي شديد تكون رؤوسهم أصغر حجماً .

والزيادة في حجم المخ تبدو أكثر وضوحاً في الفص القفوى والجدارى والصدغى ولا توجد فروق في الفص الأمامى . والزيادة في الحجم هنا يبدو أنها مرتبطة بزيادة في نمو الخلايا العصبية أو نقص معدل موتها أو تكون زيادة في الخلايا غير العصبية (Glial cells or blood vescls) .

ويعتبر كبر حجم المخ علامة بيولوجية لحالات الذاتوية ويبدو أن الفص الصدغى بالمخ له علاقة وثيقة بأعراض الذاتوية حيث أن المصابين بتلف في هذا الفص لديهم بعض الأعراض المشابهة لهذا الإضطراب .

• عوامل كيميائية حيوية :

العديد من الدراسات بينت أن هناك ارتفاعاً لمستوى السيروتونين في دم ثلث الأطفال الذاتويين ولكن هذا الارتفاع ليس مقصوراً عليهم إذ أنه يوجد أيضاً في الأطفال المتخلفين عقلياً بدون إضطراب ذاتوية وعلى العكس من ارتفاع السيروتونين في الدم نجد إنخفاضاً في مستوى السيروتونين في السائل النخاعي بالمخ في ثلث الأطفال الذاتويين .

وقد وجد أيضاً ارتفاع في مادة حمض الهومرفانيليك (Homovanilicacid) في السائل النخاعي وهذه المادة هي الناتج الرئيسى لأيض الدوبامين مما يشير إلى احتمالات ارتفاع مستوى أدوبامين في مخ الأطفال المصابين .

العلامات الإكلينيكية والتشخيص : طبقاً لدليل التشخيص والإحصاء الرابع المعدل DSM-IV-TR :

أ) يلزم وجود ستة أعراض أو أكثر من البنود ١ ، ٢ ، ٣ (على الأقل عرضين من ١ وعرض من كل من ٢ ، ٣) .

١ - خلل نوعى فى التفاعل الإجتماعى فى إثنين على الأقل من الأعراض التالية :

* خلل واضح فى العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبيرات الوجه وأوضاع الجسم والإيماءات المستخدمة فى تنظيم التفاعل الإجتماعى .

* العجز عن البحث التلقائى عن الرفاق لمشاركتهم الإستمتاع والإهتمامات والإنجازات .

* نقص التبادل العاطفي والاجتماعي .

٢ - خلل نوعي في التواصل كما يتضح من وجود عرض على الأقل من الأعراض التالية :

* تأخر أو نقص كامل في نمو اللغة المنطوقة .

* وفي حالة القدرة على الكلام ، يوجد خلل في القدرة على المبادرة أو الإستمرار في المحادثة مع الآخرين .

* الأسلوبية والإستخدام المتكرر للغة أو إستخدام لغة غير متوافقة .

* نقص اللعب التلقائي المتنوع من تمثيل أو تقليد أدوار إجتماعية مناسبة لمستوى نمو الطفل .

٣ - أنماط سلوكية أسلوبية محدودة ومتكررة مع قلة الإهتمامات والأنشطة كما يتضح في وجود عرض على الأقل من الأعراض التالية :

* الإنشغال المستمر بواحد أو أكثر من الأنماط الأسلوبية لإهتمامات غير طبيعية من ناحية شدتها أو توجيهها .

* التمسك الظاهر وغير المرن بطقوس غير وظيفية .

* سلوك حركي أسلوبى متكرر (مثل رفرفة اليد أو الأصابع ، الإلتواء أو حركة مركبة للجسم) .

* الإنشغال الدائم بأجزاء من الأشياء .

ب (التأخر أو الشذوذ الوظيفي في واحد على الأقل من المجالات التالية على أن يبدأ ذلك قبل سن ٣ سنوات :

* التفاعل الإجتماعي .

* اللغة كما تستخدم في التواصل الإجتماعي .

* اللعب الرمزي أو التخيلي .

ج (الإضطراب لا يتفق مع مواصفات إضطراب رت أو الإضطراب المفكك للقدرة العقلية في الطفولة :

التشخيص الضارق:

نظراً لتشابه هذا الإضطراب مع إضطرابات أخرى فى مرحلة الطفولة لذلك يجب مراعاة العلامات الفارقة بين إضطراب الذاتوية والإضطرابات الأخرى كما يلي :

١ - الفصام لدى الأطفال :

وهو نادر فى الأطفال تحت سن ١٢ سنة وأكثر ندرة تحت سن ٥ سنوات . والطفل الفصامى تكون لديه هلاوس وضلالات ، ولا توجد لديه علامات للتخلف العقلى .

٢ - التخلف العقلى مع إضطراب السلوك :

ربما يظهر المتخلفين عقلياً بعض أعراض إضطراب السلوك الموجودة لدى الأطفال الذاتويين وأحياناً نجد الإضطرابين موجودين معاً حيث أن ٧٥ ٪ من الذاتويين لديهم درجات مختلفة من التخلف العقلى .

والعلامة الفارقة بين التخلف العقلى والذاتوية هو أن الأطفال المتخلفين يتفاعلون إجتماعياً ولغوياً قدر إستطاعتهم مع الآخرين ولديهم ميل قوى لذلك على الرغم من الإعاقة الذهنية .

٣ - إضطراب خليط من الإستقبال والإرسال اللغوي :

وهؤلاء الأطفال لديهم قدرة على التواصل غير اللفظى وعلى اللعب التخيلى ومستوى ذكائهم أفضل من الذاتويين ، وليس لديهم الأسلوبية والترديد الموجودين لدى الأطفال الذاتويين .

٤ - الصمم :

الأطفال المصابين بالصمم يستجيبون للأصوات المرتفعة فى حين أن الذاتويين لا يستجيبون لتلك الأصوات العالية بل يستجيبون أفضل للأصوات المنخفضة والأهم من ذلك أن الأطفال المصابين بالصمم لديهم رغبة للإقتراب العاطفى من الآخرين .

٥ - الحرمان النفسى الإجتماعي :

قد يتعرض الطفل لحرمان نفسى أو إجتماعى من خلال إهمال الأم له أو عزله

فى مستشفى لفترة طويلة أو فقر البيئة التى يعيش فيها ، وفى هذه الحالة نراه منطقياً قليل الكلام قليل التفاعل الإجتماعى ، ولكن هذا الطفل يتحسن سريعاً بمجرد وضعه فى بيئة مناسبة .

المسار والمآل :

يعتبر إضطراب الذاتوية (التوحد) إضطراباً ممتداً حيث يستمر لفترة طويلة ويتوقف مستوى التحسن على عدة عوامل أهمها الذكاء فقد وجد أن الذاتويين الذين يرتفع مستوى ذكائهم فوق ٧٠ أو يكتسبون لغة التواصل فى سن ٥ - ٧ سنوات يكون مآلهم أفضل فهؤلاء الأطفال بمتابعتهم تبين أنهم فى سن ١٣ سنة كانوا أقرب إلى الأطفال الطبيعيين مع بقاء بعض الأعراض المرضية مثل الأسلوبية والطقوسية .

وعموماً فإن ١ - ٢ ٪ من الذاتويين يتحسنون بدرجة كبيرة ويعيشون حياة طبيعية فى حين أن ٥ - ٢٠ ٪ منهم تكون حالتهم حدية (بين السواء والمرضى) ، أما بقية الحالات خاصة تلك التى يصاحبها تخلف عقلى واضح فإنهم يحتاجون لرعاية ممتدة .

العلاج :

١ - العلاج التعليمي السلوكي :

وهو العلاج الأهم على المدى الطويل فى هذه الحالات حيث يتم تعليم الطفل مهارات التواصل والتفاعل الإجتماعى والعناية بالذات بالإضافة إلى التدريبات اللغوية .

٢ - العلاج النفسى والإرشادي للوالدين :

فالوالدان يحتاجان للدعم والمساندة والتوعية لتحمل ورعاية الطفل الذاتوى المضطرب . كما أن برامج العلاج السلوكى تستكمل فى البيت حيث يعيش الطفل مع والديه لذلك فهما يحتاجان للتدريب على مساعدة الطفل لتغيير سلوكياته المضطربة .

٣ - العلاج الدوائى :

لا يوجد علاج دوائى نوعى لمرض الذاتوية ، ومع هذا ثبت أن لبعض الأدوية تأثير إيجابى على الإضطرابات السلوكية مثل الأسلوبية والعدوان وفرط الحركة وإيذاء

الذات . ومن هذه الأدوية ، الهالوبيريدول ، وهو مضاد للذهان من المجموعات التقليدية وكانت له بعض الأعراض الجانبية تقلل من إستخدامه .

وحديثاً ثبت أن لعقار ، الريسبيريدون ، (ريسبريدال) أثر فعال في علاج الإضطرابات السلوكية سالفة الذكر وهو أكثر أماناً وأقل بكثير من ناحية الأعراض الجانبية ، ولا يتوقف الأثر الإيجابي لهذا العقار على الإضطرابات السلوكية بل يتعداه إلى زيادة القدرة على التفاعل الإجتماعي والوجداني ، وتتراوح الجرعة في الأطفال من ٥ - ٤ مجم .

أما بقية مضادات الذهان الحديثة فلا توجد أبحاث كافية لبيان أثرها وأعراضها الجانبية ولكنها تستخدم حسب الحاجة .

وهناك أبحاثاً حديثة أثبتت فاعلية لعقاقير مضادات إسترداد السيروتونين النوعية SSRIS (ماسا) في السيطرة على بعض أعراض الذاتوية .

٢ - إضطراب رت

Rett's Disorder

هذا الإضطراب يصيب الإناث فقط من الأطفال وفيه يكون نمو الطفلة طبيعياً في الشهور الخمسة الأولى من عمرها ، ثم بعد ذلك يحدث قصور في نمو الرأس من عمر ٥ شهور إلى ٤٨ شهر ، كما يحدث فقد للمهارات اليدوية المكتسبة قبل ذلك وتظهر حركات اليد الأسلوبية النمطية ، ويحدث تدهور للتفاعل الإجتماعي . إضافة لذلك نجد صعوبة في المشي والتوازن مع إضطراب في حركة الجذع . ويحدث تدهور شديد في وظيفة الكلام مع بطء نفسي حركي .

وهذا الإضطراب يأخذ مساراً تدهورياً ويؤدي إلى إعاقة شديدة .

٣ - الإضطراب الفكك للقدرات العقلية في الطفولة

Childhood Disintegrated Disorder

يكون نمو الطفل عاديا حتى يبلغ عامين من عمره ثم يبدأ في فقد المهارات التي إكتسبها وهو يشبه في مساره وعلاجه إضطراب الذاتوية إذا أستثنينا بداية حدوثه .

٤ - إضطراب أسبرجر

Asperger's Disorder

وهذا الإضطراب يختلف عن إضطراب التوحد في نمو اللغة والقدرات المعرفية ومهارات المساعدة الذاتية تكون طبيعية ، على الرغم من إضطراب التفاعل الإجتماعي وأسلوبية وتقلص السلوك .

إضطراب ضعف الانتباه / زيادة الحركة Attention Deficit / Hyperkinetic Disorder

طفل في السابعة من عمره يشكو مدرسه أنه لا ينصت للشرح ولا يستوعب جيداً على الرغم من أنه يبدو ذكياً ، وهو في نفس الوقت لا يكف عن الحركة أبداً ، فهو ينتقل من مكان إلى مكان في الفصل ويقفز من الشباك إلى الصالة ، وكثيراً ما يكسر الأشياء داخل الفصل ويخطف الأدوات المدرسية من زملائه ، ويؤدى ذلك إلى كثرة الشجار معهم وإلى طرده من الفصل وأحياناً من المدرسة . وإستدعى الأخصائى الإجتماعى ولى أمره فحضرت الأم وذكرت أنها تعاني من نفس المشكلات معه فى المنزل ، فهو لا يكف عن الحركة إلا عند النوم ، وكأن هناك موتوراً يحركه بلا توقف ، ولا يترك شيئاً فى مكانه ، ولا يستطيع التركيز فى عمل أى شئ لفترة طويلة ، بل ينتقل من شئ إلى آخر دون أن يتم أى شئ ، وهو لذلك لا يستطيع أن يذاكر دروسه أو يكتب واجباته إلا بصعوبة شديدة وبمتابعة مستمرة ومضنية من الأم .

هذه الحالة هي مثال لاضطراب نقص الانتباه / فرط الحركة الذى تم وصفه فى بدايات القرن العشرين وبدأ الإهتمام بعلاجه طبياً عام ١٩٣٧ .

معدل الإنتشار :

هناك إختلافات فى معدلات الإنتشار فى الدراسات المختلفة من بلد لآخر ربما بسبب إختلاف المقاييس وإختلاف درجات القبول لما هو طبيعى وما هو غير طبيعى فى سلوك الطفل . فمثلاً فى أمريكا كانت نسبة الإصابة ٢ - ٢٠ ٪ من أطفال المدارس الإبتدائية ، وفى إنجلترا أقل من ١ ٪ وفى مصر كانت النسب تتراوح بين ٦ ٪ و ١٢ ٪ من تلاميذ المدارس الإبتدائية .

ويزيد هذا الإضطراب بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة ٥ : ١ ، ويكثر حدوثه فى الطفل الأول . ووجد أن الأبوين أو كليهما كان كثير الحركة فى طفولته ، أو لديه سمات إضطراب فى سلوكه الإجتماعى ، أو كان يتعاطى المخدرات ، أو لديه أعراض هستيرية تحويلية .

وعلى الرغم من أن الحالة تبدأ مبكراً فى سن ٣ سنوات إلا أن أكثر الحالات لا يتم تشخيصها إلا عند التحاق الطفل بالمدرسة الإبتدائية حيث يتطلب الوضع إستقراراً

فى الفصل والتركىز فى الدروس والواجبات .

وقد لوحظ فى السنوات الأخيرة كثرة الشكوى من الأطفال كثيرى الحركة ربما لأن تربية الأطفال أصبحت تتم فى شقق مغلقة صغيرة المساحة ولم يعد مسموحاً للأطفال أو مأموناً لهم أن يلعبوا فى مساحات واسعة خارج المنزل كما كان الحال فى السابق ، لذلك تظهر حركتهم بشكل مزعج للوالدين ، إضافة إلى أن بعض الآباء والأمهات مغرمين بإقتناء التحف الزجاجية والفخارية سهلة الكسر مما يزيد من فرصة كسر هذه الأشياء مع حركة الأطفال المستمرة داخل هذا الحيز المحدود .

ويزيد أيضاً من الإحساس بهذا الإضطراب زيادة الإهتمام بالتعليم والتفوق الدراسى مما يجعل الأبوين أكثر حساسية لنقص الإنتباه لدى طفلهم .

الأسباب :

إن السبب الحقيقى لهذا الإضطراب غير معروف على وجه التحديد حتى الآن فغالبية الأطفال المصابين بهذه الحالة ليس لديهم إضطراب تركيبى واضح فى الجهاز العصبى المركزى . وعلى الجانب الآخر نجد أن كثير من الأطفال الذين يعانون من أمراض عصبية نتيجة إصابة بالمش ليس لديهم هذا الإضطراب . ونظراً لهذا الغموض إتجهت الأنظار إلى بعض العوامل التى ربما تكون قد ساهمت فى حدوث الحالة مثل التعرض لبعض السميات أثناء الحمل ، أو الولادة المبكرة أو إصابات الجهاز العصبى قبل أو أثناء الولادة . وهناك إحتتمالات أن تكون الأشياء التى تضاف لبعض الأغذية مثل مكسبات الطعم واللون والمواد الحافظة خاصة فى الحلوى وسائر الأطعمة الخفيفة التى يتناولها الأطفال بكثرة لها دور فى إحداث أو إظهار المرض .

• عوامل وراثية : (Genetic Factors)

- ١ - هناك عوامل جينية واضحة فى حوالى ٥٠% من الحالات . وهذه العوامل يمكن ربطها بالنشاط الزائد ونقص الإنتباه .
- ٢ - ويبدو أن ما يتم إنتقاله بالوراثة هو نقص معرفى أساسى يعكس عمليات فى الفصين الأماميين للمخ ، وهذا النقص المعرفى يؤثر بشكل خاص فى وظائف وعمليات مثل التخطيط ، والإستجابة الإندفاعية والقدرة على نقل الإنتباه أو تثبيته .

- ٣ - توجد في بعض الحالات مقاومة عامة لهرمون الغدة الدرقية
(Generalized Resistance to Thyroid Hormone GRTH)
وهذا يحول دون نمو المخ ويؤدي إلى اضطراب في ناقلات الكاتيكولا
أمينات (Catecholamine neurotransmitters)
- ٤ - اضطراب في أحد مكونات البلازما يسمى C4B ويتم توارثه عن طريق
الكروموسوم رقم ٦

• عوامل بيولوجية : (Biological Factors)

(أ) الناقلات الكيميائية العصبية (Neruro-transmitters)

- ١ - اضطراب في الدوبامين أو النور ادرينالين أو السيروتونين
٢ - فرضية الدوبامين - كاتيكولامين - Dopamin (Catecholamine)
٣ - احتمالات اضطراب الجابا (GABA) .

(ب) تغيرات تركيبية في المخ :

أوضحت دراسات الرنين المغناطيسي (MRI) على المخ وجود :

- 1 - Structural anomalies in the area of the basal ganglia, involving right-sided dominance with a smaller left caudate nucleus and smaller globus pallidus.
- 2 - Abnormalities in the corpus callosum which may lead to dysregulation between the functions of the two cerebral hemispheres.
- 3 - Alterations in cerebral dominance.
- 4 - Compromised frontal networks .

(ج) وجدت علاقة قوية ومؤكدّة بين تدخين الأم في فترة الحمل وبين اضطراب نقص الإنتباه فرط الحركة لدى الأطفال .

• عوامل نفسية إجتماعية : (Psycho-Social Factors)

- ١ - على الرغم من وجود هذا المرض في كل الطبقات الاجتماعية إلا أن بعض الدراسات والملاحظات الإكلينيكية ترجح وجوده بنسبة أعلى في الطبقات الأقل حظاً من المال والتعليم .
- ٢ - الجو الأسرى المضطرب خاصة في وجود صراعات بين الزوجين وعدم إتفاق على نمط واضح ومحدد في التربية .
- ٣ - إكتئاب الأم حيث تسود التفاعلات المزاجية السالبة بين الأم وطفلها .
- ٤ - عدم ثبات التغذية العاطفية المرتجعة .
- ٥ - ضعف الإرتباط بين السلوك وما يترتب عليه من ثواب أو عقاب .
- ٦ - ضعف التنبيه المعرفى .
- ٧ - غياب الخبرات التعزيزية المناسبة التى من شأنها فى حالة وجودها - أن تعزز السلوكيات الإيجابية للطفل .
- ٨ - القلق النفسى لدى الطفل .
- ٩ - القلق النفسى والمخاوف لدى أحد الأبوين أو كليهما .
- ١٠ - غموض المعلومات والتعليمات داخل محيط الأسرة مما يدع الطفل فى حالة تخطيط .

• عوامل نمائية : (Developmental Factors)

إن المشكلات المتفرقة فى هذا الإضطراب يجمعها خيط واحد وهو « النقص فى تنظيم الذات » (Deficit in Self-Regulation) والذي يمكن إرجاعه إلى أحد العاملين التاليين أو كليهما :

- ١ - العلاقة غير الصحية بين من يقومون على رعاية الطفل وبين الطفل بحيث تحول هذه العلاقة التدخلية (Intrusive) دون تعديل حالة الإستتارة لدى الطفل .
- ٢ - ويلعب المزاج الطبيعى للطفل دور مهم فى مسألة تنظيم الذات .

• عوامل مكانية : (Spacial Factors)

لاشك أن المشكلة تظهر بوضوح لدى الأطفال الذين يعيشون فى شقق ضيقة

ملينة بالأثاث والأدوات سهلة الكسر والتحف الزجاجية مقارنة بالأطفال الذين يعيشون في أماكن واسعة ولديهم الفرصة لإخراج طاقاتهم في أماكن مقترحة .

التقييم الإكلينيكي :

- ١ - التاريخ المرضي الطبي والنمائي .
- ٢ - إختبارات نفسية .
- معامل الذكاء (IQ)
- الشكل المعرفي (Cognitive Profile)
- المعارف الإجتماعية (Social Cognitions)
- صعوبات التعلم .
- تقييم الإنتباه .
- ٣ - فحوصات أخرى يمكن عملها عند الحاجة :
- رسم المخ الكهربائي (EEG) ، الأشعة المقطعية على المخ (CT) ، الرنين المغناطيسي على المخ (MRI)
- ٤ - تقييم الأسرة البيئية المحيطة .

الخصائص التشخيصية :

يشخص اضطراب نقص الإنتباه فرط الحركة (ADHD) في حالة وجود المواصفات التالية :

(أ) وجود (١) أو (٢)

١ - نقص الإنتباه : يشخص بوجود ستة أو أكثر من الأعراض التالية لمدة لا تقل عن ستة شهور ودرجة أضرت بتكيف الطفل ولا تتناسب مع مرحلة النمو التي يمر بها :

١ - غالباً يفشل في إعطاء إنتباه دقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء إهمالية في واجباته المدرسية أو عمله أو الأنشطة الأخرى .

- ٢ - لديه صعوبة فى تركيز إنتباهه لمدة طويلة فى المهام أو اللعب .
 - ٣ - لا يبدو عليه الإنصات لما يقال له مباشرة .
 - ٤ - لا يتبع التعليمات ويفشل فى إنهاء واجباته المدرسية أو مهامه العلمية (وليس ذلك بسبب سلوك العناد أو القشل فى فهم التعليمات) .
 - ٥ - غالباً يتجنب أو يكره الأنشطة التى تتطلب تركيز القدرات الذهنية (مثل الواجب المدرسى والواجب المنزلى) .
 - ٦ - غالباً لديه صعوبة فى تنظيم مهامه وأنشطته .
 - ٧ - غالباً يتشتت بسهولة بالمشيرات الخارجية .
 - ٨ - غالباً ينسى أنشطته اليومية .
- ٢ - **فرط الحركة - الإندفاعية** : وجود ستة أو أكثر من الأعراض التالية لمدة لا تقل عن ستة شهور ولدرجة أضرت بتكيف الطفل ولا تتناسب مع مرحلة النمو التى يمر بها :

● فرط الحركة :

- ١ - غالباً يكون متمملاً فى مقعده ويبدو ذلك أيضاً فى حركات يديه ورجليه .
- ٢ - غالباً يغادر مقعده فى الفصل أو فى مواقف أخرى ولا يستطيع أن يظل جالساً فى مكان ثابت لوقت طويل .
- ٣ - غالباً يجرى أو يتسلق الأشياء (فى المراهقين أو الراشدين ينحصر ذلك فى الشعور الداخلى بعدم الإستقرار) .
- ٤ - غالباً يجد صعوبة فى الإندماج فى اللعب أو الأنشطة الترفيهية بشكل هادئ .
- ٥ - غالباً يتحرك كثيراً كما لو كان يعمل بموتور .
- ٦ - غالباً يتكلم كثيراً .

● الإندفاعية :

- ١ - غالباً يندفع فى الإجابة على أسئلة قبل أن يكمل السائل سؤاله .

- ٢ - غالباً يجد صعوبة في إنتظار دوره .
- ٣ - غالباً يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه عليهم (سواء في الحديث أو اللعب).
- (ب) بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو نقص الإنتباه كانت موجودة قبل سن ٧ سنوات .
- (ج) بعض الخلل من جراء الأعراض يلاحظ في مكانين أو أكثر (مثل البيت والمدرسة) .
- (د) يجب أن يوجد دليل واضح علي الخلل التكيفي الإجتماعي أو الدراسي أو الوظيفي بسبب هذه الأعراض .
- (هـ) الأعراض لا تحدث ضمن مسار اضطراب تشوه النمو أو الفصام أو أية اضطرابات ذهانية أخرى ، ولا يعد ضمن اضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب الوجدان أو القلق أو الإنشقاق أو اضطراب الشخصية) .

التشخيص الفارق :

- يجب تفرقة هذا الإضطراب من إضطرابات أخرى يمكن أن تشترك معه في بعض الملامح مثل :
- ١ - القلق ؛ والذي يمكن أن يظهر في صورة زيادة في الحركة وسهولة التشتت .
- ٢ - إضطراب السلوك ؛ والذي يكون مصحوباً بزيادة في الحركة ونقص في الإنتباه وميول عدوانية .
- ٣ - صعوبات التعلم ؛ والتي تحول دون تحقيق الإنجاز الدراسي المطلوب مثل صعوبات القراءة وضعف القدرات الحسابية .
- ٤ - نوبات الهوس والهوس الخفيف ؛ أحياناً تظهر نوبات هوس في الطفولة أو المراهقة وتكون أعراضها زيادة في الحركة وسهولة في التشتت .

المضاعفات :

ماذا لو أهملت الحالة ولم يتم علاجها بشكل مناسب ؟

يؤدى هذا إلى كثيراً من المضاعفات نذكر منها :

- ١ - التدهور الدراسى .
- ٢ - تعرض الطفل أو المراهق لأخطار كثيرة نتيجة حركته واندفاعه .
- ٣ - اضطراب تكيف الطفل مع من حوله مما يؤدى إلى كثير من المشاكل النفسية والاجتماعية تكون نتيجتها أن يجد الطفل نفسه مرفوضاً من الجميع ويرى نفسه مثيراً للمشاكل والمتاعب وقد يعانى من حالات إكتئاب بسبب هذا الموقف .
- ٤ - اضطراب السلوك نتيجة العلاقات المضطربة بين الطفل وبين الوسط المحيط به ، وقد يصبح الطفل شخصية مضادة للمجتمع .

دراسة بعض آليات وديناميات نقص الانتباه :

* يعتبر ضعف إنجاز المهام هو السمة الأساسية لمرضى نقص الانتباه ، ويمكن أن يكون هذا نتيجة أحد الاحتمالات التالية :

- ١ - صعوبة التوجه نحو الهدف .
- ٢ - اضطرابات فى ترميز المعلومات .
- ٣ - اضطراب القدرة على تركيز الذهن على شئ ما .
- ٤ - عدم القدرة على تقسيم الانتباه وامتداده .

• قياس نقص الانتباه :

- ١ - دراسة تقارير المدرس والوالدين .
- ٢ - التقييم الإكلينيكي البسيط (كأن يطلب من الطفل أن يطرح رقماً معيناً باستمرار من رقم إفتراضى) .
- ٣ - التقييم الأكثر دقة بواسطة الكمبيوتر لحساب زمن الإستجابة ومعدل الخطأ إلخ .

• تفسيرات نقص الانتباه :

- ١ - خلل فى السيطرة التنفيذية (Excutive Control)

- ٢ - خلل في الحساسية للحافز بحيث يكون ما هو آتى أو سريع هو الأفضل .
- ٣ - خلل في الدافعية فيضعف الحماس للتركيز حيث لا يوجد ما يستحق .
- ٤ - خلل في تنظيم الذات .
- ٥ - خلل عام في تكامل الوظائف المعرفية والوجدانية والسلوكية في مواجهة متطلبات المواقف المختلفة .

العلاج :

حين تكون الأسباب متعددة ومتباينة فإن خطة العلاج لابد وأن تكون بالضرورة متكاملة ومتعددة المستويات والعناصر بحيث لا يغنى عنصر عن آخر .

أولاً : العلاج بالعقاقير :

تعتبر العقاقير المنبهة (Stimulants) هي الخط العلاجي الأول في هذه الحالات مثل :

١ - ديكسترو أمفيتامين (دكسيدرلين)

Dextroamphetamine (Dexedrine)

٢ - ميثيل فينيدات (ريتالين) Methylphenidate (Retalin)

٣ - بيمولين (Pemoline)

ويعتبر الريتالين أكثر هذه الأدوية إستخداماً وتتراوح جرعته بين ٥ر٠ إلى ٩ر٠ مجم لكل كجم من وزن الطفل وتقسم الجرعة إلى قسمين صباحاً وظهراً .

وقد أعطت هذه العقاقير تحسناً في الكثير من الحالات حيث وصلت نسبة هذا التحسن في بعض الدراسات إلى ٧٥٪ من الحالات ، وليس معروفاً الآلية التي تعمل بها وقد كان الإعتقاد السائد في الماضي هو أنها تعمل من خلال التأثير العكسي (Paradoxical Effect) ، ولكن يرجح الآن أنها تعمل من خلال تنشيط مراكز التحكم والانتباه عن طريق تنبيه قشرة المخ ومن الأعراض الجانبية لهذه الأدوية المنبهة ضعف الشهية للطعام ، الأرق ، اعتلال المزاج ، الإدمان عليها ، ونقص النمو والتوتر .

ونظراً لعدم توافر هذه الأدوية في كثير من الأماكن فإنه يمكن إستبدالها

بمنبهات للقشرة المخية موجودة بكثرة في كل مكان وهي الشاي والقهوة والنسكافية لوجود مادة الكافيين فيها ، وينصح الوالدين بإعطاء الطفل كوب من الشاي أو القهوة صباحاً وظهراً وقد ظهر أن الأطفال يحبون هذه المنبهات وخاصة القهوة ويتقبلونها بسهولة . وهناك ميزة أخرى في هذه المنبهات الطبيعية حيث لا يقلق الأبوين من إعطاء الطفل أدوية نفسية وفي نفس الوقت لا يشعر الطفل أنه مريض .

أما الخط الثاني في علاج هذه الحالة فهو مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات (Tricyclic Antidepressants) مثل الإيمبرامين (Imipramine) المعروف تجارياً بأسم التوفرانيل وخاصة في الحالات المصحوبة بحالات قلق أو إكتئاب . وإستعمال مثل هذه الأدوية يجب أن يتم بتدرج من جرعات صغيرة إلى جرعات أكبر مع تقييم حالة القلب قبل وأثناء الإستعمال :

أما عقار الديسبيرامين (Desipramine) فينصح بعدم إستعماله نظراً لحدوث أعراض جانبية خطيرة جراء إستعماله (وهو غير موجود في الأسواق في الوقت الحالي) .

وقد جربت أدوية أخرى وأعطت نجاحات بنسب مختلفة مثل الكلونيدين (Clonidine) والهالوبيريديول (Haloperidol) والذي يعرف تجارياً باسم السافيناز (Safenace) ، والبوسبيرون (Buspirone) الذي يعرف تجارياً باسم البوسبار (Buspare) .

ثانياً : العلاج النفسي للطفل : ويتمثل في العلاجات التالية منفردة أو مجتمعة :

- ١ - العلاج السلوكي : وذلك بإستخدام مبدأ الثواب والعقاب مع الطفل مما يشجعه على تغيير سلوكه . وأيضاً بإستخدام تدريبات التحكم في الذات وتنمية ملاحظة الطفل لنفسه وتوجيهها والتدريب على الإسترخاء .
- ٢ - العلاج النفسي الفردي التدعيمي : من خلال إقامة علاقة علاجية مع المعالج (الراشد) الذي يفهم الطفل وصعوباته ويساعد على تخطيها ويساعده أيضاً على التكيف الصحي مع البيئة المحيطة .
- ٣ - العلاج المعرفي : من خلال برامج تعزز السيطرة على النفس بتعليم الطفل إستراتيجيات التوجيه الذاتي وإدارة وتنظيم الذات والتغلب على السلوكيات المندفعة .

٤ - العلاج الجمعي : حيث يتعلم الطفل من خلال تواجده وسط مجموعة علاجية أن يركز إنتباهه هنا والآن وأن يعدل من سلوكياته حتى يتكيف مع المجموعة وينال فيها الرضا والقبول .

ثالثاً : العلاج الأسري :

كما رأينا فإن الجو الأسرى المضطرب يساهم فى حدوث هذه الحالة لذلك وجب إعادة النظر فى العلاقات داخل الأسرة بحيث تكون أكثر تفاهماً وإنسجاماً ، وإعادة النظر فى جو الأسرة ليكون أكثر هدوءاً ، وإعادة النظر فى نظام البيت بحيث تقل عوامل الإستثارة والتشتت بداخله .

ونظراً لما يحدثه ذلك الإضطراب من حالة فوضى وإحباط داخل الأسرة فإن الوالدين يحتاجان لدعم نفسى ولفهم طبيعة المرض وكيفية علاجه . وهذا يساعدهم كثيراً على تحمل الطفل القدرة على مساعدته ويقلل من المشاعر العدوانية المتبادلة بينه وبينهما .

وربما يحتاج المدرس فى المدرسة أيضاً لإيضاح موقف الطفل وسبل مساعدته . وكثيراً مايسأل الوالدان كيف نتعامل مع هذا الطفل المزعج ؟ والإجابة بشكل عام هى :

- ١ - أن يكون مبدأ الثواب والعقاب قائماً وواضحاً داخل الأسرة والمدرسة .
- ٢ - أن تكون معالم الخطأ والصواب واضحة ومحدده أمام الطفل .
- ٣ - أن نتعامل مع الطفل بطريقة « الحزم الطيب » فهؤلاء الأطفال من حقهم علينا أن نللم تشمتهم ونقلل من إندفاعاتهم بوجودنا معهم وبينهم وحولهم بشكل مساند وغير مستفز .
- ٤ - ولا نحرم هذا الطفل من كلمة ثناء على أى شئ إيجابى يفعله ولو بسيط ، لأن هذا الطفل قد تعود على أن أفعاله دائماً تثير السخط والغضب فهو محروم من نظرة الرضا ومن كلمة الثناء ولذلك تزداد عدوانيته وتصبح طريقة التواصل الوحيدة مع من حوله قائمة على الإستفزاز والإثارة .
- ٥ - ولا ينسى الأبوين أنه طالما كان بالإمكان ترويض الحيوانات المفترسة

- كالأسود وتعويدها على سلوكيات مرغوبة فإنه من باب أولى يكون ذلك ممكناً مع طفليهما ببذل الجهد المخلص على الطريق الصحيح .
- ٦ - عدم مقارنة هذا الطفل ببقية أقرانه أو أقرانه حتى لا تزيد عدوانيته ويزيد إستفزازه .
- ٧ - إتاحة الفرصة لإستخدام كل الخطط والوسائل العلاجية المقترحة من المعالج المتخصص على إعتبار أن هذه الحالة مرض له علاج وليس مجرد سوء أدب من الطفل أو سوء تربية من والديه .
- ٨ - إتاحة الفرصة لخروج الطاقة الزائدة لدى الطفل من خلال وجوده فى مساحات مفتوحة (كالأندية مثلا) أو توجيه هذه الطاقة فى أعمال إيجابية يكافأ الطفل على القيام بها .
- ٩ - الحرص على وجود ملاعب وحدائق بالمدارس تنصرف فيها الطاقة الزائدة للأطفال ، وأن لا تكون المدارس عبارة عن صناديق مغلقة تقيد حركة الطفل لوقت طويل .

المآل : (Prognosis)

لا توجد دراسات كافية توضح مآل هذا المرض حتى الآن وربما يرجع السبب إلى نقص الدراسات التتبعية طويلة الأمد . لذلك نعتمد فى تقديرنا للمآل على الملاحظات الإكلينيكية ، والتي يتضح من خلالها أن نسبة من هؤلاء الأطفال يتحسنون بشكل تلقائى فى فترة المراهقة أو الشباب المبكر ، ولكن تبقى نسبة غير قليلة تعاني من الأضطراب فى بقية مراحل حياتها ويؤدى هذا إلى ضعف إنجازهم الدراسى والعملى وإلى إضطراب علاقاتهم بمن حولهم لدرجة ربما تصل إلى إضطراب فى الشخصية . والعلاج بكل أشكاله يجعل المآل يأخذ مساراً إيجابياً ويقلل كثيراً من مضاعفات المرض .

إضطراب السلوك Conduct Disorder

تعريفه : هو النمط المتكرر والثابت من السلوك الذى تنتهك فيه الحقوق الأساسية للأخرين ، أو الخروج على الأعراف والقوانين الإجتماعية بشكل خطير .
ولكى يكون لهذا الإضطراب قيمة تشخيصية فيجب أن يستمر لمدة لا تقل عن ستة شهور .

معدل الانتشار : تتفاوت النسبة بين الذكور والإناث ، حيث يوجد هذا الإضطراب بنسبة ١٦ ٪ من الأولاد وبنسبة ٩٫٢ ٪ من الإناث تحت سن ١٨ سنة .
وتزيد نسبة حدوثه فى الأطفال الذين يولدون لآباء لديهم إضطراب الشخصية المعادى للمجتمع أو المدمنين ، وتزيد النسبة أكثر فى المجتمعات المزدهمة والفقيرة .
الأسباب : لا يوجد سبب واحد مسئول عن إضطراب السلوك وإنما تتصافر عدة أسباب ، نذكر منها ما يلى :

١ - **عوامل والديه :** يلعب الوالدين دوراً هاماً فى تحديد صفات وسلوكيات أبنائهم سواء بقصد أو بدون قصد . وحين تسير الأمور داخل الأسرة بشكل عشوائى وتغيب قيمة الصواب والخطأ والثواب والعقاب وتصبح الأمور شديدة الغموض بالنسبة للوالدين والطفل فإن هذه البيئة المضطربة تكون تربة خصبة لإضطراب السلوك .
يضاف إلى ذلك وجود خلل نفسى فى أحد الوالدين أو كليهما مثل إضطرابات الشخصية أو الإدمان أو المرض النفسى عموماً ، وفى هذا الجو يمكن أن يعانى الطفل من الإهمال أو الإنتهاك النفسى أو الجسدى أو الجنسى . وإذا كان الأبوين منفصلين فعلاً أو مجازاً فإن ذلك يضع الطفل فى صراع بين رغباتهما المتناقضة ويؤدى إلى مشاعر مؤلمة وإحباطات وغضب شديد يعبر عنها جميعاً بالسلوك المضطرب .

٢ - **عوامل إجتماعية بيئية :** فالأطفال الذين ينشأون فى بيئات فقيرة محرومة من الإحتياجات الأساسية ومليئة بالسلوكيات المضطربة كالعدوان وتعاطى المخدرات يصبحون أكثر عرضه لإضطرابات السلوك .

٣ - عوامل نفسية : مثل

* إضطراب علاقة الطفل بالأم كأن تكون الأم قاسية أو غير قادرة على إشباع حاجات الطفل البيولوجية والنفسية .

* سيطرة شخصية الأم أو غياب الأب : فكما يقولون في الحكمة : الرجل لا يربيه إلا رجل ، لأن الطفل لكي ينمو سوياً فلا بد وأن يكون أمامه نموذجاً للرجل السوي ممثلاً في أبيه ، لذلك فالأطفال الذين يعانون من غياب آبائهم نتيجة للسفر أو العمل لمدة طويلة ربما يكونون عرضة لإضطراب السلوك أكثر من غيرهم .

* الشعور بالإحباط : فالطفل الذي يشعر أنه فاشل وأنه لا يستطيع تحقيق آماله وأحلامه نظراً لصعوبات كثيرة في نفسه (كضعف إمكانياته وملكاته الجسمانية أو النفسية) أو في الأسرة التي لا تسمح له بالتعبير عن نفسه فإنه يلجأ إلى السلوكيات العدوانية كتعويض وكنوع من إثبات الذات ومعاقبة الآخرين الذين أحبطوه .

٤ - إستباحة الأطفال وسوء معاملتهم : فالأطفال الذين تعرضوا للإيذاء الجسدي أو الجنسي لفترات طويلة يكونون أقرب لإضطرابات السلوك ، وخاصة إذا كان الطفل غير قادر على التعبير اللفظي عن معاناته حينئذ لا تكون هناك وسيلة للتعبير عن غضبه غير العنف الجسدي .

٥ - عوامل بيولوجية عصبية : كالوراثة مثلاً بأن يرث الطفل إضطراب السلوك من أحد أبوابه ، أو شذوذ الجينات (XXY, XYY) أو إضطراب وظائف المخ بسبب إصابة أو التهاب أو إضطراب في الناقلات العصبية مثل نقص النورأدرينالين وزيادة السيروتونين في الدم .

الخصائص التشخيصية لإضطرابات السلوك كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSMIV :

أ - نمط متكرر وثابت من السلوك الذي تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين، أو إنتهاك خطير للأعراف والقواعد الإجتماعية ، ويتضح هذا بوجود ثلاثة أو أكثر من الخصائص التالية في السنة الخيرة ، مع وجود خاصية واحدة على الأقل في الشهور الستة الأخيرة :

* العنف ضد البشر والحيوانات :

١ - غالباً يتنمر على الآخرين أو يهددهم أو يرهيبهم .

- ٢ - غالباً يبدأ عراكات جسدية .
- ٣ - يستخدم أسلحة يمكن أن تسبب أذى جسدياً للآخرين (مثل المطواة أو الزجاجات المكسورة أو الأسلحة النارية ... إلخ) .
- ٤ - يتعامل مع الناس بقسوة جسدية .
- ٥ - يتعامل مع الحيوانات بقسوة جسدية .
- ٦ - يسرق في مواجهات مع الضحايا (مثل النتش أو السرقة تحت تهديد السلاح أو السطو المسلح) .
- ٧ - إكراه آخر على مواقعه جنسياً .

*** تدمير الممتلكات :**

- ٨ - تورط في إشعال حريق بقصد الإضرار الخطير .
- ٩ - دمر ممتلكات الآخرين بطريقة أخرى غير إشعال الحريق .

*** - النصب أو السرقة :**

- ١٠ - التهجم بالكسر على منازل الآخرين أو سياراتهم .
- ١١ - غالباً يكذب ويخدع الآخرين للحصول على مطالبه .
- ١٢ - قام بسرقات دون مواجهات مع الضحايا .

*** الإنتهاك الخطير للقوانين :**

- ١٣ - غالباً يتأخر خارج البيت ليلاً دون إعتبار لأوامر الوالدين .
- ١٤ - تكرار مبيته خارج البيت مرتين علي الأقل برغم رفض الوالدين لذلك .
- ١٥ - غالباً يهرب من المدرسة .
- ب - وإضطراب السلوك الموصوف أنفاً يسبب خللاً إكلينيكياً واضحاً في الوظائف الإجتماعية أو المدرسية أو الوظيفية .
- ج - إذا كان الشخص عمره ثمانية عشر عاماً أو أكثر فإن المواصفات لا تتفق مع إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

ويمكن تصنيف الإضطراب طبقاً للسن كالتالى :

- ١ - النوع ذو البداية فى سن الطفولة : قبل سن ١٠ سنوات .
 - ٢ - النوع ذو البداية فى المراهقة : بعد سن ١٠ سنوات .
- ويمكن تصنيف الإضطراب حسب شدته إلى :
- ١ - إضطراب سلوك بدرجة خفيفة : حيث توجد مشاكل سلوكية قليلة تفى بالتشخيص ولكنها تسبب أذى بسيطاً للآخرين .
 - ٢ - إضطراب سلوك بدرجة متوسطة : حيث تكون شدة المشكلات السلوكية بين الشديدة والخفيفة .
 - ٣ - إضطراب سلوك شديد الدرجة : حيث توجد مشاكل سلوكية عديدة وتسبب إيذاءً شديداً للآخرين ، مثل الإصابات الجسمانية الخطيرة للضحايا أو الإنتهاكات الشديدة للقوانين أو السرقات الكبيرة والغياب الطويل عن البيت .

التشخيصى الفارق :

يجب أن نفرق إضطراب السلوك من الإضطرابات التالية :

- ١ - إضطراب العناد الشارد : حيث لا يحدث فيه إنتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين ولا لقيم المجتمع وقوانينه وأعرافه .
- ٢ - إضطرابات المزاج : وتظهر فيها بوضوح أعراض الهوس أو الإكتئاب وغالباً ما تكون فى صورة نوبات يتخللها فترات سلوك طبيعى .
- ٣ - إضطراب ضعف الإنتباه فرط الحركة .

المآل (مصير إضطراب السلوك) :

غالباً ما يسأل الوالدين : ما هو مصير طفلنا الذى تظهر عليه علامات إضطراب السلوك ؟ .. هل سيتحسن مع الكبر ؟ ... أم أنه سيصبح حين يكبر - فى عداد المجرمين ؟ والإجابة هى أن الحالات التى تظهر إضطراباً شديداً فى السلوك ستكون عرضة حين تكبر لإضطرابات المزاج وللوقوع فى دائرة الإدمان . وإذا وجد

إضطراب السلوك وكان معه تاريخ عائلي للسلوك الإجرامى فإن الطفل يصبح مهيباً لإضطراب الشخصية المضاد للمجتمع .

أما فى الحالات البسيطة والمتوسطة وغير المصحوبة بإضطرابات نفسية أو خلل فى القدرات العقلية فإن مآلها يكون مشجعاً خاصة إذا إنتهت الأسرة لمشكلات الطفل وبادرت إلى التماسك والتكاتف لحلها خاصة فى وجود الأب ووجود حالة من الدفء العاطفى داخل الأسرة ووجود حالة من الحب يعيشها الابن أو البنت مع شخص مهم فى حياته (الأب - الأم - المدرس - الأخصائى النفسى أو الإجتماعى - المرشد الدينى) .

وفى بعض الأبحاث وجد أن ٧٥% من هؤلاء الأطفال يتحسنون بعد بلوغ سن العشرين فى حين أن ٢٥% يستمر إضطرابهم ويتحول إلى سلوك مضاد للمجتمع .

العلاج :

لا شك أن علاج إضطراب السلوك سيكون متعدد المستويات ومتعدد العناصر ويحتاج لفريق متعدد التخصصات حيث أن المشكلة كما رأينا متعددة المستويات (بيولوجية ونفسية وإجتماعية) وبالتالي فلا يوجد تدخل علاجى واحد حاسم فى هذا الموضوع وإنما كل تدخل سوف يصلح جزءاً من هذا الإضطراب المتعدد .

وبالإضافة إلى تعددية الوسائل العلاجية نحتاج إلى سياسة النفس الطويل والصبر الجميل من المعالجين ومن الأسرة لأن تغيير السلوك المضطرب لا يتم بسرعة وإنما يحتاج لمراحل تدريجية مناسبة .

(١) العلاج الوقائى : ويشمل النقاط التالية :

- ١ - تجنب العوامل المؤدية إلى هذا الإضطراب (والتي ذكرت سلفاً) كلما أمكن ذلك .
- ٢ - الحرص على أن تكون التركيبة الأسرية والإجتماعية راسخة ومرنة فى نفس الوقت مما يعطى معالم واضحة للأدوار الإجتماعية للأب والأم والمدرس ، وعالم الدين ... إلخ .
- ٣ - وضوح قواعد الثواب والعقاب والصواب والخطأ فى البيئة التى يعيش فيها الطفل ، فهذا يساعد على أن يبني الطفل توقعات مفهومة لسلوكه فينضبط هذا السلوك .

- ٤ - الحرص على أن يكون جو الأسرة متسماً بالأمان والاستقرار والحب والسماح ، فهذا يساعد على تكوين صورة إيجابية للحياة لدى الطفل ويرسخ في نفسه معتقدات ومشاعر إيجابية .
- ٥ - توافر القدوة الصالحة في حياة الطفل خاصة الوالدين والمدرسين والرموز الدينية والاجتماعية .
- ٦ - تفهم إحتياجات الطفل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ومحاولة إشباعها بشكل متوازن لا يصل إلى حد التخمّة ولا يصل إلى حد الحرمان .
- ٧ - عقد ندوات تدريبية وورش عمل للوالدين والمدرسين وكل من يتعامل مع الأطفال والمراهقين ، حيث أن كثيراً من هؤلاء ليست لديهم تصورات واضحة عن كيفية تربية الطفل بشكل صحيح وهو ما يعرف بالأمية التربوية .
- ٨ - معاملة كل طفل حسب إمكانياته وقدراته وعدم مقارنة ببقية أقرانه حتى لا يشعر بالعجز والدونية والإحباط وبالتالي يصبح غاضباً وعنيفاً .
- ٩ - إعطاء الفرصة كاملة للطفل للتعبير عن نفسه وعن قدراته دون قهر أو إلغاء لإرادته أو إختياره ، فالتربية الصحيحة ليست إلغاءً لإرادة الطفل أو إختياره ، وإنما هي تدعيم للخيارات الصحيحة ومحاولة توعية وتنبيه تجاه الخيارات الخاطئة فالإنسان ميّزه الله تعالى بالإرادة والإختيار ولا بد وأن يسمح له أن يكون مريداً ، مختاراً حتى في مراحل الطفولة المبكرة لأننا لا نتصور إنتزاع ذلك منه حتى يكبر ولو فعلنا ذلك قسراً فإن الطفل إما أن يدخل في عناد معنا فيضطرب سلوكه ، أو يلغى إرادته وإختياره لصالحنا ولا يستطيع إستعادتها بعد أن يكبر وبهذا يصير إعتقادياً عديم الإرادة . ولنا في قصة سيدنا نوح مع أبنه عبرة بالغة ، فقد نادى نوح ابنه قائلاً : يا بني إركب معنا ، فرفض الابن هذا النداء وقرر أنه سيأوى لجبل يعصمه من الماء فوضح له الأب المشفق عليه والعالم بمصيره أن لا عاصم اليوم من أمر الله ، ولكن الابن أصر على خياره فسلم الأب أمره لله ولم يحاول أن يدفعه للركوب في السفينة قهراً لأنه لو فعل يكون قد ألغى إرادة ابنه وإختياره ، وهذا ما لم يقدره الله تعالى للبشر مهما كانت خياراتهم ، فللبشر حدود يقفون عندها ، والله هو وحده القادر على كل شئ (إنك لا تهدي من أحببت ولكن الله يهدي من يشاء) .

وكثير من الآباء والأمهات يدخلون في صراع مرير مع الأبناء بهدف تغيير إرادتهم أو خياراتهم وهم يعتقدون أنهم لا بد وأن يفعلوا ذلك طوال الوقت ليكونوا مطبقين قول الرسول (كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته) ، فهم يعتقدون أنهم مكلفين بهداية أبنائهم ، وهم فعلاً مكلفين بذلك ، ولكن هناك - كما يقول الفقهاء - نوعين من الهداية - النوع الأول : وهو هداية التبليغ (أى الدعوة والنصح والإرشاد والتعليم ... إلخ) وهذه يستطيع البشر أن يقوموا بها ، وقد بدأها الأنبياء ويكمل مسيرتهم العلماء والمدرسون والآباء والمربون عموماً ، أما النوع الثانى فهو هداية الفعل وهذه لا يملكها إلا الله الذى أعطى للإنسان حرية الإختيار وحرية الفعل ثم يحاسبه بعد ذلك .

ليس معنى هذا أننا ندعو الآباء والأمهات لأن يتركوا الحبل على الغارب لأبنائهم ، ولكننا ندعو إلى الحزم الطيب وإلى المعاملة الحسنة والقذوة الحسنة التى يحبها الطفل عن إختيار منه وليس عن قهر يعانده .

١٠ - ومن أهم أساليب العلاج الوقائى أن يكون للأسرة (وكذلك للمجتمع) مرجعية تربوية واضحة لما هو صحيح أو خطأ ولما هو حلال أو حرام ، وأن يكون مبدأ الثواب والعقاب قائماً (دونما إفراط أو تفريط) ، وبذلك يتعلم الطفل القانون الأخلاقى ويصبح هذا القانون جزءاً من ذاته يحكم سلوكه بألية داخلية فلا يحتاج طول الوقت لتعديل سلوكه من الخارج ولكى يحدث استدماج للقانون الدينى أو الأخلاقى فى شخصية الطفل فلا بد أن يحب الطفل هذا القانون من خلال حبه للمربى ، فإذا لم يستطيع الطفل أن يحب المربى (الأب أو الأم أو المدرس أو عالم الدين) فإنه يرفض هذا القانون ويعتبره شيئاً خارجياً مفروضاً عليه فيقاومه وينتهكه كلما إستطاع ذلك .

١١ - تهيئة المناخ المدرسى لكى يدعم الصفات الإيجابية ويثبط الصفات السلبية .

(٢) علاج الحالات المرضية :

* علاج نفسى وإجتماعى : ويمكن أن يأخذ أحد الصور التالية أو كلها :

١ - إرشاد وتعليم للوالدين حول الأساليب التربوية الصحيحة وكيفية مواجهة المشكلات النفسية لأطفالهم المضطربين .

٢ - علاج نفسى فردى للطفل وهو إما أن يأخذ مساراً سلوكياً بأن يوضع الطفل فى وسط علاجى يدعم فيه الجوانب الإيجابية من خلال نظام التشجيع المعنوى والمكافآت ، ويضعف الجوانب السلبية من خلال نظام الحرمان من بعض المزايا أو التعرض لبعض العقوبات العلاجية ، أو يأخذ مساراً معرفياً بأن يتم تصحيح الأفكار والتصورات الخاطئة التى يبني عليها الطفل سلوكياته المضطربة ، أو يأخذ مساراً للتدريب على المهارات الإجتماعية الصحيحة التى يحتاجها الطفل للتعامل الصحى مع البيئة المحيطة به .

٣ - علاج أسرى ، حيث تدخل الأسرة بأكملها فى العلاج على إعتبار أن إضطراب سلوك الطفل يعكس إضطراباً فى الأسرة ككل وأنه لا يمكن إصلاح إضطراب سلوك الطفل إلا بإصلاح المصدر الأساسى لإضطرابه وهو الأسرة ، ويتم هذا من خلال جلسات متعددة للعلاج الأسرى يقوم بها معالج متخصص فى العلاج الأسرى .

٤ - علاج نفسى جمعى للطفل وسط مجموعة من الأطفال أو الوالدين مع آخرين لديهم مشكلات مشابهة مع أبنائهم . وهذا العلاج يستخدم آليات وتقنيات كثيرة للتغيير من خلال ضغط المجموعة لتغيير السلوكيات المرضية .

٥ - العلاج المؤسسى ، وذلك بإنتزاع الطفل من البيئة المضطربة التى يعيش فيها ويتعلم فيها السلوكيات المرضية ، ووضع فى بيئة علاجية لبعض الوقت من اليوم أو طوال الوقت حيث تتاح له فرصة لتعلم مهارات إجتماعية وحياتية صحية .

٪ علاج بالعقاقير :

كان من المعتقد قبل ذلك أن العقاقير ليس لها دور فى تغيير السلوكيات المضطربة ، ولكن الأبحاث والدراسات فى السنوات الأخيرة شجعت إستخدامها للسيطرة على الكثير من الأعراض المزعجة مثل العنف والإندفاع وكثرة الحركة . ومما زاد من احتمالات الإستفادة من العقاقير أن هناك نسبة غير قليلة من الأطفال المضطربى السلوك يعانون من حالات اكتئاب أو قلق وغالباً ما يعبر الطفل عن إكتنابه وقلقه فى صورة إضطرابات سلوكية ولذلك تلعب مضادات الإكتئاب والقلق دوراً فى مثل هذه الحالات .

وحالياً تستخدم مضادات الذهان فى علاج السلوك العدوانى والأمثلة على

ذلك :

الهالوبيريدول (السافيناز) والريسبيريدون (ريسبيريدال ، أبيكسويدون ، زيسبيرون ، سيكودال) .

ويستخدم الليثيوم (بريانيل) لعلاج العنف عند الأطفال سواء كان ذلك ضمن منظومة الإضطراب الوجداني ثنائي القطب أو خارجها .

وهناك بعض الدراسات التي تقترح استخدام الكاربامازيبين (تيجريتول) للسيطرة على نوبات العنف أو السلوك المضطرب عموماً خاصة إذا كان يحدث على شكل نوبات . وتستخدم مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات أو مانعات إسترداد السيروتين النوعية SSRIS (ماسا) لعلاج حالات الإكتئاب وبالتالي تحسن إضطرابات السلوك الناتجة عنها ، وتستخدم أيضاً مضادات القلق وخاصة بوسبيرون (بوسبار) لعلاج القلق وما يصاحبه من إضطرابات سلوكية .

السلوك العدواني

تعريفه :

هو تعمد إيذاء شخص آخر بشكل مباشر أو غير مباشر على غير رضا منه .

* أشكاله :

١ - **العدوان اللفظي** : ويشمل السب والشتم والألفاظ النابية والجارحة والسخرية والإستهزاء من الغير وإطلاق النكات والتهديدات للغير والصياح إلخ .

٢ - **العدوان الجسدي** : ويشمل الضرب والعض والخريشة وربما يصل إلى إصابات جسدية خطيرة أو إلى القتل وهو يقع من شخص (المعتدى) على شخص آخر (المعتدى عليه) .

٣ - **الشجار (المراك)** : وهو عبارة عن نقاش أو جدال غاضب ومستفز بين شخصين ، أى أنه فعل مشترك بين الأثنين ، على عكس العدوان الذى يأخذ فيه المعتدى الدور الأساسى .

٤ - **المضايقة والتنمر على الغير (Teasing And Bullying)** : وهى أفعال عدوانية تهدف إلى إستثارة شخص ومضايقته والتلذذ بذلك وربما ينتهى الأمر إلى الشجار أو عدوان أحد الطرفين على الآخر والمضايقة والتنمر يشملان السخرية من آخر لإغضابه أو التهكم عليه ، وشد الشعر أو الملابس أو القرص .

٥ - **العدوان السلبي (Passive aggression)** : هو الإهمال والسلبية والمكيدة والصمت والتجاهل وكلها سلوكيات مستفزة للطرف الآخر وتجعله فى حالة إحباط وغضب .

أسباب السلوك العدواني :

السلوك العدواني يمكن أن نشاهده فى عدد كبير من الإضطرابات العضوية أو النفسية أو حتى فى الأصحاء تحت ضغوط معينة ، لذلك فأسبابه متعددة ومتشعبة ولكننا نذكر منها ما يلى :

١ - **ضعف القدرات العقلية** : وهذا يجعل الطفل غير قادر على التكيف مع

البيئة المحيطة به فيصبح محبباً وغازباً وعدوانياً خاصة إذا كانت البيئة تحمله أشياء لا يستطيع القيام بها . وكمثال لذلك الطفل الذى يعانى من التخلف العقلى المتوسط أو البسيط وضعه أبواه فى مدرسة عادية فوجد نفسه غير قادر على فهم الدروس وعمل الواجبات لذلك نجده يضرب زملاءه فى الفصل ويعتدى على أخوته فى البيت ويهرب من المدرسة . والطفل ذو القدرات العقلية المحدودة لا يستطيع حل المشكلات التى تواجهه بصورة إجتماعية مقبولة لأن خياراته تكون محدودة لذلك يلجأ إلى إستخدام يديه (وأحياناً رجليه) لحل مشكلة .

٢ - **ضعف الإنتباه / زيادة الحركة :** هذا الإضطراب يجعل الطفل فى حالة إضطراب وصراع مع المحيطين به نتيجة نشاطه الزائد ، وهو يقابل رفضهم له وضغوطهم عليه بسلوك عدوانى .

٣ - **الإضطرابات النفسية المختلفة :** فالطفل كثيراً ما يعبر عن إضطراباته النفسية كالقلق والإكتئاب فى صورة إضطراب فى السلوك .

٤ - حالات الصرع خاصة المصحوبة بإصابات فى المخ .

٥ - **طريقة التربية :** فالعقاب الجسمانى الشديد للطفل يجعله عدوانياً بعد ذلك لأنه يتعلم أن العقاب الجسدى هو الحل للمشاكل بين الناس وهو شئ مشروع فى التعامل ، وعلى الجانب الآخر نجد أن التساهل من الوالدين تجاه سلوك الابن العدوانى يجعله يتمادى فى ذلك السلوك ، أى أن العقاب الشديد والتدليل الشديد يمكن أن يؤديان إلى سلوك عدوانى .

٦ - **الغيرة :** فالطفل الذى يشعر بالغيرة من أخ له أو أخت ربما يعبر عن ذلك بإيذاء أخيه أو أخته وربما يمتد عدوانه إلى والديه الذين يعتقد أنهما يظلمانه بتفضيل أخيه أو أخته عليه . والعدوان الناتج عن الغيرة إما أن يأخذ هذا الشكل الصريح الذى ذكرناه أو يأخذ صورة العدوان السلبى فنجد الطفل أو الطفلة أصبح سلبياً متبلداً لا يفعل شيئاً ، عنيداً لا يؤدى واجباته المدرسة ولا يريد أن يذهب للمدرسة .

٧ - **كثرة التعرض لمشاهدة العدوان :** إما فى البيئة التى يعيش فيها الطفل مثل الأماكن الشعبية والفقيرة والمزدحمة التى يكثر فيها السلوك العدوانى بين الناس أو مشاهدة الأفلام المليئة بالعنف والقتل والتدمير . ففي هذه الحالات يقلد الطفل مشاهد العدوان التى يراها ويتوحد مع الشخصيات العدوانية وفى نفس الوقت تقل حساسيته لآثار العدوان لا يهتز لمناظر القتل أو الإيذاء بالإضافة إلى تعلمه لوسائل وطرق جديدة لممارسة العدوان .

٨ - **إستمرار الإحباط لفترات الطويلة** : فالإحباط يعتبر من أهم العوامل المسببة للعدوان . لذلك نجد السلوك العدواني منتشراً بين أطفال الشوارع والطبقات الفقيرة المعدمة التي ليس لها حظ في التعليم أو الترفيه ولا تأخذ حقها في الحياة الكريمة كبقية الأطفال .

٩ - **جذب الإنتباه والإثارة** : فأحياناً يقوم الطفل بالسلوك العدواني كنوع من الدراما لجذب إنتباه الأب أو الأم حتى ولو تعرض الطفل للإيذاء . وأحياناً يكون العدوان إستعراضاً لقوة الطفل خاصة في الأطفال الذين يتمتعون ببنيان جسدى أقوى من أقرانهم .

١٠ - **الدفاع عن النفس** : حيث يعيش الطفل في بيئة مهددة لا يشعر فيها بالأمان ومن هنا تنشأ لديه ميول عدوانية لحماية نفسه .

التعامل مع الطفل العدواني :

أولاً : مطلوب أن نعرف بواعث هذا السلوك هل هي إضطرابات عضوية بالمخ أم إضطرابات نفسية أم ظروف إجتماعية ونحاول التعامل معها - حسب طبيعتها - بالعلاج الدوائى أو العلاج النفسى (أو كلاهما معاً) أو العلاج الإجتماعى .

ثانياً : توفير جو ملائم للطفل يراعى قدراته ويقلل احباطاته وغضبه ويعطيه شعوراً بالأمان والطمأنينة .

ثالثاً : تعليمه مهارات إجتماعية جديدة لمواجهة ضغوط الحياة بشكل متحضر ومقبول .

رابعاً : إعطاء القدوة من الوالدين والمدرسين والشخصيات المؤثرة في حياته أن التعامل مع الآخرين يتم بالإحترام والمودة والأخذ والعطاء ولا يتم بالعنف والعدوان .

خامساً : عدم التساهل أو التهاون إزاء السلوك العدواني ، بل لابد وأن يعرف الطفل أن هناك عواقب دائماً لسلوكه العدواني كما أن هناك مكافآت للسلوك المتحضر . وإذا قمنا بتأديب الطفل أو عقابه فيجب أن يتم ذلك بشكل صحى كما سنذكر فيما بعد فى موضوع التأديب والعقاب .

السرقعة

تعريف السرقعة :

هى أن يأخذ الطفل شيئاً ليس من حقه .

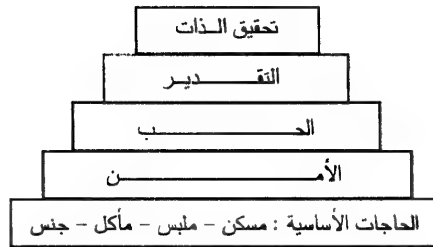
* مدى إنتشار السرقعة ومعناها لدى الطفل :

تعتبر السرقعة من الأعراض الشائعة لدى الأطفال والتي تؤدى إلى إنزعاج شديد من الوالدين خوفاً من أن تصبح سلوكاً دائماً لدى الطفل حين يكبر ، وهى تؤدى إلى خلق جو من عدم الثقة فى البيت وتؤدى إلى أن يكون الطفل محل إتهام دائماً مع أى شئ يفقد من المنزل ، وربما يتعرض لعقاب شديد نتيجة لذلك بحق أو بغير حق .

والسرقعة عند الأطفال ليست بالمعنى المتعارف عليه عند الكبار فهى ليست بالضرورة سعياً لامتلاك أشياء تخص الغير ، وإنما فى كثير من الأحيان تعبر عن إحتياجات أو دوافع بسيطة ولكنها تأخذ شكل السرقعة ، فالطفل حين يسرق يريد أن يبلغ رسالة إلى من يهتمهم الأمر (غالباً والديه) للإهتمام به أو الإحساس بمعاناته أو مساعدته ، ولكنه يخطئ الطريق فى إبلاغ الرسالة .

نظرية الإحتياجات وعلاقتها بالسرقعة :

يجدر بنا لكى نفهم هذا السلوك جيداً أن نعود لدراسة هرم الإحتياجات الذى حدده إبراهيم ماسلو فوضع فى قاعدته الحاجات الأساسية من مأكّل ومشرب ومسكن وملبس وجنس ، ثم بعد ذلك الإحساس بالأمن ثم الإحساس بالحب ثم الحصول على التقدير الإجتماعى ، وأخيراً تحقيق الذات .



والطفل لكي ينمو بشكل صحي فيجب أن تكون هناك درجة من الإشباع لهذه الحاجات بحيث لا يكون إشباعاً زائداً لدرجة التخمة ولا إشباعاً ناقصاً لدرجة الحرمان ، لأن كلا من الطرفين يؤديان إلى سلوكيات مضطربة .

دافع التملك عند الإنسان :

هو دافع أصيل في تكوين الإنسان بأن يكون له أشياء تخصه هو ويدافع عنها ، وهذا الدافع له وظيفة إيجابية في الحياة حين يكون في حدوده المعقولة . وهذا الدافع تهذبه وتقومه القيم الدينية والشرائع والقوانين حتى لا تحدث تعدييات من أى إنسان على ملكية غيره وإذا حدث هذا التعدى فهو يعتبر ذنباً في الإصلاح الدينى يعاقب عليه الله ويعتبر جرمًا في الإصطلاح القانونى يعاقب عليه المجتمع ويظهر هذا الدافع الفطرى بصورة تلقائية لدى الطفل فى نهاية السنة الأولى من عمره ويكبر معه بعد ذلك فيعرف أن هذه ملابسه وهذه لعبه ويحرص على أن تكون له وحده دون غيره .

نمو مفهوم الملكية عند الطفل :

كما قلنا فإن الطفل يبدأ من نهاية السنة الأولى يتمسك بملكياته لأشياءه الخاصة به ويمنع الآخرين من أخذها منه ، وإذا حدث أن سلبه أحد شيئاً من لعبه فإنه يبكى ويضرب بيديه ورجليه محاولاً إستردادها . ومع هذا فإن حدود الملكية لا تكون واضحة لدى الطفل فى سنوات عمره الأولى ، فهو يريد أن يمتلك أى شئ يعجبه ويستعين بوالديه للحصول على الأشياء التى يحبها ولا يستطيع الحصول عليها ، فإذا كبر قليلاً وأصبح هو نفسه قادراً على أخذها فإنه لا يتردد فى ذلك إذ ليس عنده سبباً يمنعه من أن يأخذ ما يحبه . وهنا يأتى دور التربية الأسرية التى تعلم الطفل بأسلوب بسيط يستوعبه عقله الصغير بأن هناك أشياء تخصه وهناك أشياء تخص إخوته ولا يصح أن يأخذ ملابس أخيه أو أخته أو لعبهما ، وهم أيضاً لن يأخذوا منه شيئاً يخصه . وهنا تبدأ أولى دروس حدود الملكية والأمانة .

ولكى تترسخ هذه القيم فى عقل الطفل ووجدانه فيجب أن يكون له سريره ودولابه وملابسه التى لا يشاركه فيها أحد ولعبه الخاصة به . وفى نفس الوقت الذى يتعلم فيه الطفل معنى الملكية نعلمه أن هناك شيئاً اسمه الإستئذان ، فإذا أحب مثلاً أن يلعب لبعض الوقت بالقطار الخاص بأخيه الأكبر فيمكنه ذلك بعد أن يستأذن أخيه ، ثم نعلمه أن هناك شيئاً عظيماً اسمه الإيثار وذلك بأن يعطى لأخيه بعض لعبه لكي يلعب بها بعض الوقت ، وأن هناك خلقاً عظيماً اسمه الأمانة وهى تعنى عدم التعدى على

أشياء أخوته أو أبيه وأمه أو رفاقه في اللعب ، وأن الله الذى خلقه وأحبه ومنحه والديه وكل شئ في حياته يحب هذه الأمانة ويكره أن يأخذ أحداً شيئاً ليس من حقه وهو يراه حين يفعل ذلك حتى ولو لم يراه أحد آخر .

وهكذا تكون هناك فرصة في سن مبكر لإرساء هذه القواعد المهمة والأصيلة بشكل مبسط في سلوك الطفل . أما إذا فشلت هذه العملية التربوية فإننا نواجه بمشكلات كثيرة ربما يصعب حلها في السن الأكبر .

دوافع السرقة عند الأطفال :

لكل حدث سرقة عند الأطفال دافع خاص يتوجب علينا دراسته بشكل تفصيلي ، ولذلك يصبح التعميم في هذه الحالات خطأ يؤدي إلى الفشل في معالجة هذا السلوك بشكل صحى وفيما يلي نماذج لبعض هذه الدوافع :

- ١ - **الجهل بحدود الملكية :** إما بسبب صغر سن الطفل ، أو بسبب قصور في التربية كما ذكرنا من قبل أو نتيجة ضعف في القدرات العقلية .
- ٢ - **الحرمان :** وهو مرتبط بنظرية الإحتياجات التى أسلفنا الحديث عنها . ويمكن تقسيم الحرمان الدافع إلى السرقة إلى نوعين :

* **الحرمان المادى :** مثل الطفل الذى يسرق أشياء يحتاجها فمثلاً الطعام لأنه جائع أو يسرق فاكهة من الثلاجة أو من البائع لأنه يشتتها ، أو يسرق نقوداً من حقيبة والدته لأنه لا يأخذ مصروفاً مثل باقى زملائه أو يسرق كراسة من أخيه لأنه لا يملك كراسة والده يرفض شراء كراسة له . وهو يحتاج لأن يكتب الواجب حتى لا يتعرض للعقاب من مدرسيه .

* **الحرمان المعنوى :** كأن يكون محروماً من الأمان بسبب انفصال والديه ، أو محروم من الحب بسبب تفضيل الوالدين لأخيه الأصغر ، أو فتاة محرومة من الحب والتقدير بسبب أنها غير جميلة ، أو محرومة من الأم وتعيش مع أبيها وزوجة أبيها التى تسمى معاملتها . أى نوع من هذا الحرمان المعنوى ربما يؤدي بالطفل إلى السرقة وكأنه يستعيد الحب المفقود أو الأم المفقودة أو الإعتبار المفقود .

٣ - **الكراهية والانتقام :** حين يشعر الطفل أن والديه يعاملانه بقسوة ويفضلان أحد إخوته عليه ، فإن مشاعر الغضب والإحباط والكراهية تتراكم بداخله ، وهو فى نفس الوقت لا يستطيع الإنتقام من والديه الذين يشعر بظلمهما لذلك يلجأ إلى

سرقة المال من جيوب والده أو من حقيبة أمه عقاباً لهما على ظلمهما الذى يشعر هو به . وربما تفعل ذلك فتاة فى مدرسة تشعر بالكراهية للمدرسة والمدرسين والزميلات وذلك بسبب ضعف مستواها الدراسى أو تدنى مستواها الجمالى ، حينئذ تلجأ إلى سرقة الكراسات والأقلام والنقود من حقائب زميلاتها .

٤ - **الرغبة فى الامتلاك** : وهذا يحدث فى حالة الطفل الأنانى المدلل الذى لا يشبع ، فعلى الرغم من أن والديه يوفران له كل شئ إلا أنه يريد المزيد ، لذلك تمتد يديه إلى مال أبيه أو أمه أو إخوته أو زملائه .

٥ - **تغطية الشعور بالنقص** : مثل فتاة أبوها موظف بسيط قرر أن يلحقها بمدرسة لغات ، وغالبية زملائها من الطبقات الراقية ، لذلك تشعر بالدونية تجاههن من ناحية ملابسهن أو مصروفهن ، لذلك تلجأ للسرقة لتظهر أمامهن بمظهر لائق تخفى خلفه إحساسها المولم بالفقر والإحتياج . أو طالب يأخذ مصروفاً صغيراً ويريد أن يخرج مع أصحابه للتنزه ومصروفه لن يكفى لذلك فتمتد يده للحصول على ما يسمح له بالتباهى والتفاخر أمام أصحابه وربما يبادر هو بالإنفاق عليهم من المال الذى سرقه ليعوض شعوره بالنقص بينهم خاصة إذا كان ضعيف البنیان أو يعانى من صعوبات دراسية .

٦ - **جذب الإهتمام** : مثل حالة البننت الوسطى وقبلها ثلاث أخوات وبعدها ولدين ، وهى تشعر أنها مهملة ومنسية وسط هذا العدد ، فهى جاءت وقد شبع الوالدان من البنات ثم جاء بعدها ولدين ففرح بهما أبويها وصرفا إهتمامهما نحوهما ، لذلك فهى تريد جذب إنتباه الوالدين لها حتى ولو كان عن طريق العقاب ، فهى تريد أن تكون فى دائرة وعيها حتى ولو عن طريق السرقة التى تؤدى إلى ضربها .

٧ - **الإثارة** : بعض الأطفال وخاصة حين يقتربون من سن المراهقة يلجأون للسرقة كنوع من الإثارة والفعل الدرامى والمغامرة ، وربما يشجعهم على ذلك ما يشاهدونه فى برامج التليفزيون أو السينما من الخطط المثيرة التى يقوم بها اللصوص .

٨ - **التمرد على السلطة** : وهذا التمرد يقوم به الأطفال المتصفين بالعناد والسلوك العنيف ، فهم لديهم رغبة قوية فى الخروج على الأعراف والتقاليد والقيم ويشعرون بالإنتصار فى حالة إنتهاك حقوق الآخرين أو الخروج على القانون . وهذه الحالات ربما تكون بدايات لإضطراب الشخصية المعادى للمجتمع .

٩ - **التقليد والمسايرة** : حين ينشأ الطفل فى بيئة يجد فيها رفقاء سوء يقومون

بفعل السرقة وهناك شخص أكبر منهم يقودهم إلى هذا السلوك ويخطط لهم فإن الطفل خاصة إذا كان إعتيادياً ومسايراً لغيره - ينصاع لهذه المجموعات ، وربما يصبح عضواً في شبكات إجرامية بسبب إستمراره في هذا السلوك وتأثير هذه البيئة عليه .

١٠ - هوس السرقة : وهي حالة مرضية يسرق فيها الطفل أشياء لا يحتاجها ولا قيمة لها عنده ولكنه يسرق في شكل نوبات ، وفي كل نوبة يشعر بتوتر شديد قبل ارتكاب فعل السرقة ولا يخف هذا التوتر إلا بعد تنفيذ السرقة ، وربما يشعر بالندم بعد ذلك ، ولكنه مع هذا يمارس هذا الفعل القهري مرات ومرات وهذه الحالات تحتاج للعلاج الطبى والنفسى .

إعتبارات تشخيصية :

حين نواجه بحالات سرقة عند الأطفال يجب وضع العوامل التالية فى الإعتبار:

- ١ - عدم التسرع فى إطلاق لقب السارق على الطفل .
- ٢ - تقييم مستوى ذكاء الطفل ومدى معرفته بحدود الملكية .
- ٣ - هل فعل السرقة كان شيئاً عابراً أم سلوكاً متكرراً ؟
- ٤ - هل الطفل سرق تحت تأثير إحتياجات بيولوجية أو نفسية ؟
- ٥ - هل الطفل سرق تقليداً لأحد أو تحت تأثير توجيه من أحد ؟
- ٦ - ما هى الرسالة التى يريد أن يبلغها الطفل للكبار من خلال فعل السرقة ؟

عوامل وقائية لمنع سلوك السرقة :

- ١ - تنمية مفهوم الملكية والأمانة لدى الطفل من سن مبكر . وعلينا نحن الكبار أن نكون قدوة له فى ذلك فلا ننتهك حدود ملكية غيره تحت أى ظرف من الظروف .
- ٢ - إشباع الحاجات البيولوجية والنفسية بدرجات معقولة ، وذلك بتوفير المأكل والمشرب والملبس والأمان والحب والتقدير لأطفالنا ، والتأكد من وقت لآخر من أن الإشباع كافياً ومناسباً للبيئة التى يعيشون فيها .
- ٣ - حين يقع الطفل فى خطأ السرقة فعلى الوالدين أن يجلسا معه ويتفهما ظروف وملابسات هذا الفعل ويتفهما دوافعه لذلك ويعملان على تصحيح ما يجب

تصحيحه ، مع توضيح الأمر للطفل وإزالة الغموض الحادث في فهمه للأمور وتعريفه بأن هذا السلوك غير مقبول دينياً وإجتماعياً وعليه أن يتفاداه بكل ما يستطيع ، وأن يطلب المساعدة ممن حوله وخصوصاً والديه عند تعريضه لمواقف صعبة تواجهه ، مع التهديد بالعقاب في حالة تكرار السلوك ويكون العقاب مناسباً للمرحلة العمرية التي يمر بها الطفل .

٤ - عدم معاقبة الطفل بفعل السرقة أمام إخوته أو أمام زملائه حتى لا يؤثر ذلك على إحترامه لذاته .

٥ - المرونة والتسامح في حالات السرقة العارضة على إعتبار أن هذا السلوك قد مر به أغلب الناس في سن الطفولة .

٦ - عدم الإلحاح على إعتراف الطفل بفعل السرقة فذلك ربما يدفعه للكذب فيصبح بذلك سارقاً وكاذباً وربما يستمر في هذا السلوك فيما بعد .

٧ - نتذكر دائماً بأن الطفل لا يسرق من أحد يحبه .

العلاج :

حين تصبح السرقة سلوكاً متكرراً أو مزمناً وفشلت جهود الوالدين لأحتوائه فهنا يجب عرض الطفل على طبيب نفسى أو أخصائى نفسى لدراسة الحالة وإكتشاف الإضطرابات المرضية أو المشكلات التربوية الكامنة خلف هذا السلوك . وربما يحتاج الأمر إلى إجراء بعض الإختبارات النفسية مثل إختبارات الذكاء والإختبارات النفسية التي تقيس درجات القلق أو الإكتئاب أو العدوان . والعلاج ربما يكون فى صورة إعطاء بعض الأدوية المناسبة أو يكون فى صورة علاج نفسى فردى أو علاج سلوكى أو علاج عائلى حسب مقتضيات الحالة .

الكذب

تعريفه :

الإخبار عن الشيء بخلاف ما هو عليه في الواقع مع معرفة الشخص المتحدث بذلك .

ويعنى آخر فالكذب هو عملية تزييف متعددة للواقع بقصد الغش والخداع .
ولقد قصدنا إيراد هذا التعريف لكي يسهل علينا التعريف على السلوك إن كان كذباً فعلاً أم شيئاً يشبه في ظاهرة الكذب ولكنه في الحقيقة شئ آخر .

• هل الكذب سلوك فطري أم مكتسب ؟

لا يولد أحد كذاباً ... فالكذب سلوك مكتسب كما أن الصدق أيضاً سلوك مكتسب، أى أنه أولاً وأخيراً يأتي من البيئة المحيطة بالطفل (الأسرة غالباً) .

• هل للأسرة دور في تعليم أبنائها الكذب ؟

بالتأكيد نعم ... والأمثلة كالتالي :

١ - إعطاء نماذج للكذب داخل الأسرة : « بابا غير موجود » ... « بابا نائم » ... « أمى لم تحضر بعد » ... « أختى ذهب إلى الدرس » ... « لقد وعدتني بهدية حين أنجح ولم تحضرها لى يا أبى » .

٢ - الإصرار الشديد على الصدق المطلق في كل صغيرة وكبيرة ، وهذا يضطر الطفل إلى الكذب لتفادى قسوة ومبالغة الوالدين .

• ما هو السن الذي نستطيع أن نصف السلوك بعده أنه كذب ؟

غالباً هو سن الخامسة ، فقبل هذا السن لا يميز الطفل كثيراً بين الحقيقة والخيال لذلك نعلمه إذا وصفناه بالكذب .

• هل الكذب سلوك دائم أم أنه عرض طارئ يمكن تغييره ؟

هذا يتوقف على البيئة المحيطة ، فإذا دعمت الكذب لسنوات طويلة يصبح أحد سمات الشخص الأساسية أما إذا كانت هناك محاولات جادة لتعديل هذا السلوك في

وسط مناسب فإن هذه الصفة يمكن تغييرها .

أنواع الكذب :

(١) الكذب الخيالي :

وهو شائع في الطفولة المبكرة للأسباب التالية :

* عدم قدرة الطفل في السن المبكر (قبل الخامسة) للترقية بين الحقيقة والخيال .

* هناك الكثير من الألعاب التي يقوم بها الأطفال تتضمن نوعاً من التخيل والتأليف لأحداث غير حقيقة .

* التعبير عن أحلام الطفل وأمنيته فهو يتمنى أن يشتري له والده دراجة يلعب بها فيخبر أخاه بأن والده أحضر له الدراجة فعلاً وإنها موجودة فوق السطوح .

* سماع الأطفال لحكايات أسطورية وخيالية من الآباء والأمهات والأجداد (حدوتة قبل النوم) .

* ولا يجب أن نصف هذه التخيلات الطفولية بالكذب ، ولا ننزعج منها ولا نعتبرها جنوحاً أو ميلاً للكذب المرضي فيما بعد ... ولكن فقط علينا كأباء وأمهات أن نربط الطفل من أن لآخر بعالم الواقع وأن نخبره بأننا سعداء بتخيلاته ومع هذا فنحن نعلم وهو سيعلم معنا أنها نوع من اللعب والتسلية ... وأن ما يقوله الطفل ليس صدقاً وليس كذباً وإنما هو نوع من التسلية أو المداعبة .

* وفي بعض الأحيان يكون هذا التخيل بذرة لموهبة قصصية أو فنية يتعهدا الآباء والأمهات بالرعاية .

(٢) الكذب الإلتباسي :

هنا يلتبس الواقع بالحلم (سواء في النوم أو اليقظة) في عقل الطفل الصغير ، فيختلط هذا بذاك في قصة بعضها حدث وبعضها لم يحدث ولكن الطفل يمزج هذا بذاك ليشكل (حدوته) منطقية يقبلها عقله الصغير فمثلاً : تذهب طفلة صغيرة إلى أمها وتحكى لها كيف أن بواب العمارة أخذ منها لعبها ونقودها وصفعها على وجهها حين كانت تلعب أمام العمارة .

* وربما تصدق الأم هذه الرواية من الطفلة خاصة وأنها تعلم أن بواب العمارة

رجل فظ ويتوقع منه أن يفعل ذلك ولكن في الحقيقة أن الطفلة قد رأته في منامها أن بواب العمارة قد فعل ذلك ، وبما أنها تخلف منه أيضاً في الواقع لفظاظته لذلك قصت الحكاية لأُمها على أنها حدث فعلاً ، والأم مالت لتصديقها لأن شخصية البواب يمكن أن يتوقع منها ذلك السلوك ، وهذا النوع يزول تدريجياً مع تقدم الطفل في السن .

(٣) الكذب التعويضي :

* يلجأ إليه الطفل حين يشعر بالنقص ويأنه أقل ممن حوله ، أو لكسب الإعجاب والإطراء من والديه خاصة حين يفشل في الوصول إلى توقعاتهما في عمل شئ معين فيلجأ إلى إختراع نجاحات كاذبة .

أمثلة لذلك :

طفل في الصف الرابع الابتدائي ضعيف البنية قصير القامة يعاني من إيذاء زملائه له في المدرسة بسبب ذلك وهو حين يعود إلى البيت يحكى لأبويه كيف أنه إستطاع وحده أن يضرب سبعة من زملائه الأشرار في الفصل حين حاولوا ضربه .

طفل في الصف الخامس الابتدائي في مدرسة لغات وهو ابن لموظف صغير في أحد الدواوين الحكومية في حين أن معظم زملائه من أبناء الطبقة العليا في المجتمع وقد إعتاد هذا الطفل أن يحكى لزملائه عن الأملاك التي يمتلكها والده وعن الوظائف المرموقة التي يحتلها أعمامه وأخواله في الدولة .

فتاة في السنة الثانية الإعدادية سمراء اللون ، نحيفة ، لها أنف طويل وعينان ضيقتان ، وقد إعتادت هذه الفتاة أن تشكو في البيت وفي المدرسة من الصبية الأشقياء الذين يعاكسونها في التليفون ويمشون وراءها إذا خرجت من البيت ويكتبون لها خطابات غرامية .

وهذا النوع من الكذب يحتاج للإهتمام بالطفل وتفهم إحتياجاته النفسية ومشاعر النقص والدونية عنده ومحاولة إيجاد طرق واقعية لتحقيق هذه الإحتياجات دون اللجوء للكذب ، وإلا فسيتحول هذا النوع إلى كذب مزمن وربما يتطور إلى محاولات خداع ونصب وإحتيال في الكبر .

(٤) كذب الإستحواذ :

وهو يحدث للطفل الذي يعاني من قسوة والديه ومن إنعدام الثقة بينه وبينهما

ومن حرمانه من أشياء كثيرة يرغب في إمتلاكها لذلك يلجأ للكذب للحصول على أشياء كثيرة فمثلاً يخبرهم بأن المدرس طلب منه مبلغ خمسة جنيهات لتجميل الفصل، أو أن مدرب كرة القدم طلب عشرين جنيهاً لإعطائه تدريبات إضافية أو تأتي فتاة لتقول أن مديرة المدرسة طلبت من كل الطالبات أن يشتري حذاء أسود بمواصفات معينة (ترغب فيها الفتاة) .

فالطفل حين يفقد الثقة في البيئة المحيطة به ويشعر بالحرمان ربما يميل إلى هذا النوع من الكذب لإمتلاك أكبر قدر من الأشياء التي يرغب فيها .

وهذا النوع من الكذب يحتاج للإقتراب وجدانياً من الطفل وإشعاره بالثقة والأمان وتفهم احتياجات حتى لا يضطر للإحتيال للحصول عليها .

(٥) كذب المحاكاة (التقليد) :

حيث يقلد الطفل أحد والديه في المبالغة عند الحديث ، فمثلاً نجد الأب يصف حادث سيارة فيبالغ بشكل درامي في وصف الأحوال التي رآها في هذا الحادث ويبالغ في وصف دوره البطولي في إنقاذ المصابين ، وكيف أنه استطاع أن يمنع كارثة محققة بسلوكة الشجاع علماً بأن الطفل كان حاضراً لهذا الحادث ورأى أن والده لم يكن له مثل هذا الدور في الحادث .

أو يكذب الأطفال لأنهم إعتادوا أن الكذب سلوك مقبول في الأسرة فمثلاً تأخذ الأم طفلها على أنها ذاهبين لفسحة ثم يكتشف أنها خدعته وأخذته لطبيب الأسنان أو وعده الأب بشراء هدية ولم يفى بوعد .

(٦) الكذب لجذب الإنتباه :

هذا النوع يلجأ إليه نوعان من الأطفال :

- الطفل الأناني المدلل الذي يريد أن يظل موضع إهتمام والديه طول الوقت ، لذلك فهو يكذب لجذب إنتباههما حتى ولو كان سيؤدى إلى غضبهما منه ، فالمهم أن يكون موضوع الإهتمام .

- الطفل المهمل المنبوذ الذي يريد أن يحصل على إنتباه والديه الغافلين عنه نظراً لإنشغالهم بإخوته أو بمشاكلهم اليومية ، فلا يجد وسيلة في نظره إلا الكذب لإحداث حالة من التوتر تعيد إليه إهتمام والديه .

(٧) كذب الكراهية والانتقام :

الدافع إلى هذا النوع من الكذب هو مشاعر الحقد والغيرة والكراهية والرغبة في الانتقام ، وهذا النوع شائع بين الأخوة في الأسرة حيث يأتي طفل إلى أبيه (أو أمه) ويشتكى إليه بأن أخيه إعتاد أن يسرق نقوداً من حقيبة أمه ، أو تأتي فتاة وتحكى لأمها كيف أن أخيها الذي يكبرها يعاكس الفتيات في الشارع .

ويحدث أيضاً في المدارس فمثلاً تتهم فتاة زميلها الذي تكرهه بأنه حاول معاكستها وهي في الحقيقة تكرهه لعدم إهتمامه بها أو تجاهله إياها وربما تدعى كذباً بأنه أرسل لها خطابات غرامية وغالباً يكون هذا النوع من الكذب بسبب إحساس الطفل أنه مظلوم من والديه أو مدرسيه أو لغيرته من أقرانه وإحساسه بأنه أقل منهم حظاً وإهتماماً .

* وهذا النوع من الكذب يحدث مشاكل كثيرة داخل الأسرة وداخل المجتمع ويؤدي إلى توقيع عقوبات على أشخاص أبرياء ، ولذلك يجب الإنتباه له ومعالجته في نطاق الأسرة والمدرسة إن أمكن بتفهم دوافعه وإذا فشل ذلك فيجب إحالة الطفل أو الطفلة إلى أخصائي نفسي أو طبيب نفسي .

(٨) كذب الخوف من العقاب (الكذب الدفاعي) :

هذا النوع من الكذب يشكل حوالي ٧٠٪ من الكذب عند الأطفال خاصة فوق سن السادسة وهو بذلك يعتبر من أكثر أنواع الكذب شيوعاً .

وهو يحدث حين يسود نظام عقابي صارم وشديد في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع ، فيلجأ الطفل إلى الكذب خوفاً من التعرض للعقاب ، وربما يلقي بالتهمة الموجهة إليه إلى شخص آخر برئ فيصبح الكذب مزدوجاً حيث ينفى التهمة عن نفسه (كمرحلة أولى للكذب) ثم يلصقها بشخص برئ (كمرحلة ثانية للكذب) .

وهناك آباء وأمّهات يضربون أبناءهم ضرباً مبرحاً لكي يقولوا الحقيقة ، وهم بذلك يدفعونهم دفعاً للكذب حيث يضطر الطفل إلى أن يقول ما يريد الأبوين سماعه للتخلص من هذا الضرب الشديد الواقع عليه وهذا النوع لكي يعالج يحتاج إلى بيئة تتسم بالتفاهم والتقبل لزلات الطفل وأخطائه ومساعدته على تصحيحها بوسائل تربوية إيجابية دون اللجوء إلى العقاب الشديد كحل طول الوقت .

(٩) الكذب لمقاومة السلطة :

ويلجأ إليه الطفل حين يعيش تحت سلطة والديه قاسية ومتسلطة فأبواه يرسمان له طريقاً للدراسة والتعامل مع الحياة ، وليس مسموحاً له أن يكون له أى خيارات ذاتية، لذلك فهو بطبعهما فى الظاهر ويفعل ما يريد خلف ظهرهما ويملاً الفجوة بين الظاهر والباطن بأكاذيب يخترعها . فمثلاً تسأله أمه عن الواجبات المدرسية فيقول لها أن المدرس كان غائباً ولم يعطنا واجبات ، وحين تسأله عن درجة إمتحان الشهر يعطيها الشهادة وقد قام بتغيير الدرجات بقلمه حتى تقترب من الدرجات النهائية التي تريدها الأم .

والعلاج فى هذه الحالة يتطلب تغييراً فى الوالدين قبل الطفل بحيث لا يلغيان شخصية الطفل وخياراته الذاتية ويعطيانه فرصة لكى يكون هو نفسه ويتقبلان صعوباته بشكل واقعى .

(١٠) الكذب الإجماعى :

ويستخدمه الأطفال والبالغون على السواء للإعتذار عن موعد أو الإحتراس من بعض الضغوط الإجماعية . وليس بالضرورة أن يكون الكذب الإجماعى صفة لازمة للشخص .

(١١) الكذب المرضي (المزمن) :

وهو الكذب المتعمد المزمن حيث يجد الطفل نفسه مدفوعاً إلى الكذب لا شعورياً فيكذب فى أغلب المواقف بحيث يصبح الكذب أحد سماته البارزة التي يشتهر بها بين من يعرفونه والكذب هنا يكون جزءاً من منظومة سلوكية مضطربة مثل السرقة والهروب من البيت أو المدرسة أو المراوغة والغش والإحتيال والعنف .

وهذه الحالة تحتاج لعلاج نفسى وإجماعى متخصص قبل أن تتحول هذه المنظومة السلوكية المضطربة إلى سلوك إجرامى للمجتمع .

علاج الكذب عند الأطفال :

عند التفكير فى العلاج يجب ملاحظة التالى :

* سن الطفل : فقبل سن الخامسة تكون الإحتمالات بريئة وليست كذباً بالمعنى المعروف .

- * هل الكذب صفة لازمة أو سلوك عارض ؟
- * ما هي دوافع هذا الكذب وملايساته ؟
- * ما هو نوع الكذب ؟
- * هل الكذب عرضاً منفرداً لدى الطفل ؟ أم أنه جزء من تركيبة سلوكية مضطربة ؟
- * العقاب لا يجدي كثيراً في علاج الكذب ... كما أن التشهير بالطفل أمام العائلة وأمام الأصدقاء يجعله يتمادى في كذبه كما يؤثر ذلك سلباً في شخصيته .
- * علينا أن ننظر في المصادر الأصلية للكذب في البيئة والتي منها إستقى الطفل هذه السلوك ، بمعنى أن ننقى الجو المحيط بالطفل من كل مظاهر الكذب في الكلمة وفي السلوك . وهذا يستدعى شجاعة من الوالدين في مواجهة كذبهما الشخصى أولاً ليكونا بحق قدوة حسنة لطفلهما فكما تعلم منهما الكذب يتعلم منهما الصدق .
- * دراسة إحتياجات الطفل المحيطة كالحاجة للحب والتقدير والحاجة للأمان ، لأن عدم إشباع هذه الحاجات ربما يدفعه للكذب إنتقاماً أو هرباً أو تعريضاً .
- * إتاحة الفرصة للطفل للتعبير عن نفسه دون قهر أو خوف حيث أن القهر والخوف يدفعانه دفعاً إلى الكذب .
- * تحمل أخطاء الطفل وزلاته والتسامح معه كلما أمكن ذلك دون الوقوع في خطأ التدليل المفسد أو التساهل .
- * الوفاء بوعدنا التي نقطعها مع الطفل وإعلان قيمة الصدق في الأسرة .
- * يجب أن نعلم أن أضعف الوسائل الإصلاحية في هذه الحالات هي العقاب والنصح اللفظي .

الطفل العنيد (اضطراب العناد الشارد) Oppositional Defiant Disorder

طفل في العاشرة من عمره أحضرته أمه للعيادة وهي تشكو منه بمرارة لأنه كثير الجدال في كل شيء لا يترك كلمة إلا ويعلق عليها بشكل عكسي ، وهو مستفز بشكل دائم ، ولديه رغبة في مخالفة كل النصائح والتعليمات التي يتلقاها من الأب أو الأم فمثلاً حين ينزلون إلى الشارع ويمشون على الرصيف يصمم هو أن يمشى في نهر الطريق ويصبح معرضاً لأن تضربه السيارات المسرعة ومع هذا لا يستجيب لإستغاثات أبويه فهو دائماً في حالة تحدى وخروج عن الطاعة وعن الخط العام للأسرة . أما في المدرسة فقد إشتكى منه كل المدرسون فهو يصر أن يجلس على كرسيه في وضع معكوس بحيث يعطى ظهره للمدرس ، ويرفض الإجابة على الأسئلة رغم أنه شديد الذكاء ويرفض عمل الواجبات المدرسية .

وهو فوق ذلك كثير اللوم لمن حوله ويحملهم مسئولية مشاكله ويصفهم بأوصاف رديئة ، ولديه الكثير من مشاعر الغضب والكره والجحود لمن حوله .

هذا مثال لحالة تسمى العناد الشارد وهونمط ثابت من السلبية والعدائية والسلوك الشارد ولكن دون إنتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين أو للقيم الإجتماعية وهذا ما يفرقه عن اضطراب السلوك .

معدل إنتشاره :

إن درجات خفيفة من العناد والسلبية يمكن قبولها في مراحل النمو المبكرة لدى الأطفال عموماً ، فالطفل يريد أن يشعر أنه شخص له كيان وذات مستقلة عن الكبار وإرادة مستقلة غير إرادة الكبار ، وهذا يكسبه صفات الفردية والشجاعة والإستقلال وفيما يلي بعض العوامل التي تساعد على ظهور هذا السلوك وإستمراره .

١ - بعض الأطفال يكونون بحكم تركيبهم الفسيولوجى والنفسى أكثر ميلاً نحو الإرادة القوية ، وتأكيد الذات والتصميم على الخيارات الشخصية . فإذا كان

الأبوين بصران على السلطة والسيطرة وخاصة إذا كان يخدم إحتياجات ذاتية لديهما فهنا يحدث الصراع بين إرادة الطفل وإرادة الوالدين وينشأ السلوك العنيد .

٢ - إذا تعرض الطفل في طفولته المتأخرة لصدمات من البيئة التي يعيش فيها أو مرض أو إعاقة مزمنة فإن ذلك يمكن أن يشكل بداية للسلوك العنيد كنوع من الدفاع ضد قلة الحيلة والقلق وفقدان تقدير الذات .

٣ - وتعزو المدرسة التحليلية السلوك العنيد إلى صراعات لم تحل في المرحلة الشرجية للنمو النفسى .

٤ - أما المدرسة السلوكية فتعتقد أن السلوك العنيد هو سلوك مكتسب يتعلمه الطفل أثناء تعامله مع الآخرين ويتم تعزيزه مع الوقت ، ومن خلال هذا السلوك يسيطر الطفل على رموز السلطة في حياته وذلك بإظهار حالات غضب وهياج كلما طلبوا منه عمل شئ ، وبذلك يتجنب الوالدين طلب أى شئ منه خوفاً من تفجر ثورته ، وبالتالي يعرف الطفل أنه حقق مكسباً من هذا السلوك فيتمادى فيه . يضاف إلى ذلك أن سلوك العناد يجعل الطفل العنيد محل إهتمام وحيرة الوالدين وهذا ما يريده أى طفل .

٥ - أو يكون الطفل غير مرغوب فيه كأن يأتى بعد أطفال كثيرين قبله ، أو تأتي بنت بعد بنات قبلها في حين كان الوالدين يرغبان في مولود ذكر ... وهكذا ، فيشعر الطفل أنه منبوذ أو الأقل غير مستحب فيحاول إثبات وجوده بالعناد والمخالفة وفي نفس الوقت يعاقب والديه اللذان يرفضان وجوده (ولو على مستوى اللاشعور) .

٦ - اضطراب المزاج لدى الطفل .

٧ - ويمكن أن يكون العناد دفاعاً ضد الإعتمادية الزائدة على الأم وخاصة في الطفل المدلل أو الوحيد ، حيث يريد من خلال عناده أن يقول ، أنا هنا ، ، أنا كيان مستقل ، ، أنا رجل . .

الخصائص التشخيصية (كما وردت في دليل التشخيص والإحصاء الرابع DSM-IV)

نمط من السلبية والعدوانية والسلوك الشارد لمدة لا تقل عن ٦ شهور ويوجد أثنائها أربعة أو أكثر من الخصائص التالية :

١ - غالباً يفقد مزاجه (ينفجر غاضباً) .

- ٢ - غالباً يجادل مع الكبار .
- ٣ - يتحدى ويرفض أوامر الآخرين بشكل دائم .
- * - يغلب في تصرفاته تعمد فعل الأشياء التي تضايق الآخرين .
- ٥ - غالباً يلوم الآخرين على أخطائه هو .
- ٦ - غالباً ما يستفز الآخرين ويضايقهم .
- ٧ - كثيراً ما يغضب ويعاند .
- ٨ - غالباً حقود ومحب للإنتقام .
- ٩ - كثيراً ما يحلف أو يستخدم ألفاظاً سوقية .
- * وهذا الإضطراب يسبب خلا إكلينيكياً واضحاً في النواحي الإجتماعية أو الدراسية أو الوظيفية .
- * لا يحدث الإضطراب خلال مسار إضطراب ذهاني أو إضطراب وجداني .
- * لا تتفق هذه الخصائص مع خصائص إضطراب السلوك ، وإذا بلغ الشخص الثامنة عشرة من عمره فإن هذه الخصائص لا تتفق مع إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .
- * ويتميز العناد الشارد حسب شدته إلى :
- ويمرور الوقت وبالتعامل الحكيم مع الكبار يصبح طفلاً أكثر أطمئناناً على ذاته وعلى إستقلاله وعلى إرادته ، ويتعلم أن العناد ليس هو الأسلوب الأمثل للتعايش مع الكبار ، وأن التعاون والأخذ والعطاء يجعله في وضع أفضل في الحياة .
- وتوضح الدراسات الإنتشارية أن سمات العناد والسلبية بدرجاتها المختلفة تبلغ ١٦-٢٢٪ في أطفال المدارس . وعلى الرغم من أن هذا السلوك يمكن أن يبدأ مبكراً في سن الثالثة من العمر إلا أنه غالباً ما يتضح في سن الثامنة .
- ويكثر هذا الإضطراب في الذكور أكثر من الإناث قبل البلوغ أما بعد البلوغ فيتساوى الجنسين .

بعض السمات الشائعة في أسرة الطفل العنيد :

لقد وجد أن آباء هؤلاء الأطفال (كلهم تقريباً) يعطون إهتماماً زائداً بالسلطة والسيطرة والذاتية ، وبعض الأسر يوجد بها أكثر من طفل عنيد وكأن هناك ظروفاً مشتركة تنتج هذا السلوك في الأسرة .

وتتسم الأمهات بأنهن مكتنبات مرهقات لا يمكن القدرة على الحوار الهادئ ويردن أن تنفذ أوامرهن دون نقاش ، أما الآباء فلهيهم سمات العدوان السلبى والمكايده فهم يجعلون من يتعامل معهم فى حالة غيظ وغضب على الرغم من هدوئهم الظاهر .

العوامل المسببة :

هناك مرحلتان من مراحل النمو يظهر فيها سلوك العناد والمخالفة كعلامات للنمو الطبيعى حين تكون فى حدودها المعقولة ، المرحلة الأولى هى سن ١٨ - ٢٤ شهراً حين يبدأ الصراع بين الطفل والأم حول عملية ضبط التبرز بالإضافة إلى بداية محاولات الطفل الإعتماد على نفسه فى تناول الطعام أو اللعب ، أما المرحلة الثانية فهى فترة المراهقة حين يبدأ المراهق فى تأكيد ذاته وإستقلاله عن الأسرة وتظهر خياراته المختلفة عن خيارات الوالدين . فإذا كانت إستجابات الوالدين لهذه المراحل التطورية هادئة ومتفهمة فإن الأمور تسير بسلام وتخف حدة السلوك العنيد شيئاً فشيئاً مع الوقت ، أما إذا كانت الإستجابة غاضبة وعنيفة ومبالغ فيها هنا فقط تظهر الدرجات المرضية من العناد والمشاكسه .

١ - خفيف : حيث تكون الأعراض قليلة تفى بالتشخيص ، والإعاقة الناشئة عن الإضطراب قليلة .

٢ - متوسط : وهى الوسط بين الشديد والخفيف من حيث درجة الإضطراب والإعاقة .

٣ - شديد : حيث توجد أعراض عديدة والإعاقة مشوهة لأدائه الإجتماعى والمدرسى مع الرفاق والكبار .

التشخيص الفارق :

يجب تفرقة إضطراب العناد الشارد من الحالات التالية :

١ - العناد والسلبية فى مراحل النمو مثل بداية المراهقة وهى صفات تكون فى حدود معقولة وتزول أو تخف حدتها مع الوقت .

٢ - العناد الذى يحدث فى فترات الضغوط النفسية كجزء من إضطراب

التوافق .

٣ - اضطراب السلوك ، ويميزه وجود إنتهاك لحقوق الآخرين أو للمقيم الإجتماعية .

٤ - الإضطرابات الذهانية مثل الفصام .

٥ - الإضطرابات الوجدانية .

المسار والمآل :

يعتمد المسار والمآل فى هذا الإضطراب على عوامل كثيرة منها شدة الإضطراب وثباته مع الوقت ووجود إضطرابات نفسية أخرى مثل إضطراب السلوك أو الصعوبات التعليمية أو إضطرابات المزاج أو تعاطى العقاقير ، كما يعتمد أيضاً على ثبات الأسرة وتكيفها .

وعموماً فإن ٢٥٪ من هؤلاء المرضى يتحسنون بعد عدة سنوات ، أما الباقين (٧٥٪) فإن بعضهم يبقى على عناده كما هو وبعضهم يتحول إلى إضطراب السلوك ومما يعزز المآل المتدهور وجود إضطرابات نفسية فى الوالدين مثل إضطراب الشخصية أو سوء إستعمال العقاقير أو إضطراب الجو الأسرى عموماً .

العلاج :

غالباً ما يأتى الوالدين بالطفل أو المراهق يطالبون علاجه من العناد بمعنى تليين رأسه الحديدية وترويضه حتى ينصاع لأوامرهما . هذا هو هدف الوالدين من العلاج سواء أعلنوه أو لم يعلنوه ، ولو حدث أن سار المعالج فى نفس الطريق فسيجد نفسه قد وصل بعد قليل إلى طريق مسدود حيث سيتحول هو الآخر إلى سلطة قاهرة وغير منطقية فى نظر الطفل أو المراهق وبذلك تزداد دفاعات الأخير ويتمسك بعناده الذى يحميه - فى نظره - من محاولات الإلغاء والإختراق بواسطة الكبار المستبدين . وعلى الجانب الآخر يمكن أن يتعاطف المعالج مع الطفل العنيد ضد تسلط الوالدين أو عدوانهما السلبي فيصبح عدوانياً هو الآخر تجاه الوالدين فيصل إلى طريق مسدود معهما ويتوقف العلاج .

إذن فالمعالج فى مثل هذه المواقف يحتاج إلى حكمة بالغة وإلى مراعاة التوازن والموضوعية دون اتهام أحد الطرفين بالتقصير أو العدوان فكلاهما (الطفل والوالدين)

يحتاج للمساعدة .

ومن الخطأ أن يعمل المعالج مع الطفل فقط ويستبعد الوالدين من العملية العلاجية أو العكس ، بل الوضع الصحيح هو العمل معهم جميعاً بالتوازن في المراحل الأولى ثم العمل معهم بالتلاقى (جلسات علاج أسرى) في المراحل التالية .

وفيما يلي نورد الوسائل والاتجاهات العلاجية المستخدمة في مثل هذه الحالات:

١ - العلاج النفسي الفردي :

غالباً ما تكون العلاقة بين الطفل والديه أو مدرسيه قد وصلت إلى طريق مسدود لذلك يصبح من المفيد دخول طرف آخر محايد وموضوعي ومنطقي ومتقبل . وهذا هو دور المعالج النفسي الذي يعقد مع الطفل عدة جلسات نفسية فردية ولا يسمح للوالدين بتوجيه هذه الجلسات حسب ما يرون أو التحكم فيها لأن هذا لو حدث فإن المعالج سيصبح في نظر الطفل العنيد عميلاً لوالديه ولن يستطيع أن يثق به أو يتعاون معه . إذن فأهم خطوة في العلاج أن يكتسب المعالج ثقة الطفل ويعطيه الأمان الحقيقي على ذاته وعلى إرادته وعلى أسراره ، وأن يسمعه طويلاً ويحترم وجهة نظره وخياراته حتى لو لم يتفق معه فيها . والمعالج في علاقته بالطفل يعطي نموذجاً لشخص من الكبار ولكنه مختلف من حيث أنه متقبل للطفل ومتسامح معه ومحب له ويرغب في مساعدته ولا يهيمه التحكم في آرائه وخياراته ولا يسعى لإلغاء إرادته . في هذا الجو يشعر الطفل بالأمان على ذاته وعلى خياراته ويكشف أن هناك كباراً يمكن الوثوق بهم والتعاون معهم ، وهو لن يصل إلى ذلك بسهولة ولكن بعد محاولات عديدة لإختبار صدق وصبر وسماح ومعونة المعالج ، وحين يصل إلى درجة الإطمئنان له يصبح المعالج صورة جديرة بالتقمص والتقليد بوعي أو بدون وعي من الطفل . وفي هذا الوضع الجديد يكتشف الطفل أن صلابته الرأي بالحق أو بالباطل ليست فضيلة في كل الأحوال وأن المرونة تعطي فرصة للأخذ والعطاء وأن التفكير المنطقي قبل الرفض أو القبول يجعل الحياة مع الآخرين أسهل وأفضل .

ومن علامات نجاح العلاج النفسي الفردي أن يبدأ الطفل في التعلق بالمعالج فهو ينتظر موعد الجلسة ويذكر والديه بها بعد أن كان يرفض الحضور في البداية .

والمعالج هنا ذو نفس طويل لا يسعى إلى تحقيق تغيرات سطحية في الطفل وإنما يسعى إلى تعليمه مهارات جيدة في التفكير والتواصل والتعامل تنمو مع الطفل طوال

عمره والمعالج ليس عميلاً للوالدين وليس عدواً لهما في ذات الوقت .

٢ - العلاج السلوكي :

كما أسلفنا من قبل فإن العناد سلوك مكتسب قد تم تدعيمه وترسيخه دون وعي من الأسرة أو من البيئة المحيطة بالطفل . لذلك فالعلاج في نظر أصحاب المدرسة السلوكية هو إعادة عملية التربية للطفل في ظروف مختلفة طبقاً لمبدأ الثواب والعقاب بحيث يدرّب الأبوين على تشجيع وتدعيم الإستجابات الجيدة من الطفل وإهمال الإستجابات السيئة أو توقيع العقاب عند حدوثها ، وبذلك تحدث إرتباطات شرطية جديدة تعطى فرصة لنمو السلوكيات المرغوبة . وهذا العلاج يحتاج لتدريب خاص للوالدين وربما يحتاج لأن يقضى الطفل بعض الوقت في وسط علاجي مناسب بعيداً عن بيئته الأسرية لكي يتعلم أنماطاً سلوكية جديدة في ظروف أفضل .

٣ - الإرشاد الأسري :

وهو نوع من التعليم والتوجيه للوالدين فيما يخص أسباب العناد عند الطفل وطرق التعامل الصحيحة ، وهو يفيد إذا كان الوالدين مثقفين ولديهما المرونة الكافية لتقبل فكرة أن هناك خطأ ما قد حدث في تربية الطفل وهذا الخطأ يمكن تصحيحه ببعض التعديلات في العلاقات داخل الأسرة . وعلى المعالج أن يكون حكيماً بالقدر الكافي فلا يوجه اللوم إلى الوالدين أو يتهمهما بالجهل أو بالتقصير (سواء بشكل مباشر أو غير مباشر) حتى لا يستثير دفاعاتهما حيث أننا كبشر يصعب علينا تقبل أننا مخطئين وأننا آباء أو أمهات سيئين أو فاشلين ، وإنما يمكن أن نتقبل أن شيئاً ما - غالباً غير مقصود - قد حدث أدى إلى إنحراف في السلوك وهذا الشيء يمكن تداركه .

٤ - العلاج الأسري :

وهو وسيلة أعمق من الإرشاد الأسري ، ويلجأ إليه المعالج حين يلاحظ أن أحد الوالدين أو كليهما على درجة شديدة من الصلابة في الرأي ولديه ميول نحو التسلط والتحكم في الآخرين (بما فيهم المعالج نفسه) ولديه مقاومة شديدة للتغيير ولديه مساحة هائلة من الإنكار والعمى النفسى حيث يرى أن المشكلة كلها في الطفل وعلى المعالج أن يروضه ويعلمه الإنصياع لأوامر الكبار الذين يعرفون كل شيء ، وهذان الوالدان (أو أحدهما) ربما يحاولان إستخدام المعالج بطريقتهما حيث يطلبان منه أن يقول للطفل كذا وكذا ، أو أن يأمره أن يشرب كوب اللبن في الصباح وأن يلبس الحذاء الأسود حين يذهب إلى المدرسة وأن ينام الساعة العاشرة . وسوف يلاحظ المعالج أنه

يجد صعوبة في إحداث تغيير في هذين الوالدين ، ففي رأيهما أنه لا توجد لديهما مشكلة على الإطلاق وإنما المشكلة تكمن بالكامل في هذا الطفل المشاكس العنيد وأن المعالج عليه أن يبذل كل جهده مع الطفل (فقط) لتلين رأسه .

هذان الوالدان لن يقبلوا فكرة الخضوع للعلاج على أنهما يحتاجان لذلك العلاج ، وإنما يمكن أن يفكرا في ذلك على أنه جزء من حل مشكلة العناد لدى الطفل ، وعلى المعالج أن يتجنب الإصطدام بدفاعاتهما وأن يتجنب الهجوم عليهما أو الانتقاص من كفاءتهما كأبوين ، وإنما يبدأ في الإقتراب الهادئ منهما ومن طرق التعامل بينهما وبين الطفل طارحاً خيارات أخرى أمامهما ويعطيها الفرصة للقبول أو الرفض حيث أن ما يطرحه مجرد مقترحات وليست أوامر .

وفي نفس الوقت يشجع وينمي أي بادرة إيجابية تظهر منهما نحو الطفل ويربط بينها وبين التغيير الحادث في سلوك الطفل مما يعطيها إحساساً بالفخر على أنهما يلعبان دوراً مهماً في التغيير وربما يحتاج أحد الوالدين جلسات منفردة لإعطائه الفرصة للتعبير عن نفسه وعن صعوباته بعيداً عن تأثير الطرف الآخر . وشيئاً فشيئاً يحدث التغيير العلاجي المطلوب ويكون مواكباً للتغيير الحادث في الطفل نتيجة العلاج النفسى الفردى للطفل وحينئذ يمكن عمل جلسات أسرية تضم الوالدين والطفل معاً بعد التغيير لكي يمارس الجميع أساليب جديدة في التواصل والتعامل ، ولكي يرى المعالج المشكلات التي مازالت قائمة في العلاقات البينية .

وسيعرف الوالدان ويقتنعان مع الوقت أن إرغام الطفل على الطاعة ليس فضيلة ، بل إن المرونة والسماح والتقبل والأخذ والعطاء والتربية الاستقلالية في جو يسوده الحب والدفء العاطفى يحول بين الأطفال والعناد المرضى .. أما العناد البسيط فيجب أن نقصر الطرف عنه ونستجيب فيه لرغبات الطفل مادام هذا لن يضره وكانت رغباته في حدود المعقول . وهذا الموقف الأخير ربما يعطى للطفل نموذجاً للمرونة في التعامل . فالإنسان ليس قطار مندفع في اتجاه واحد أو قطعة من الحديد مثبتة في الأرض وإنما هو كائن مفكر ومرن يتقدم حين يكون التقدم مطلوباً ويتراجع حين يكون التراجع أفضل ، وهذه هي الخلاصة التي يصل إليها الجميع من خلال التفاعل في الجلسات النفسية ، وبذلك يتخلي الطفل ووالديه عن صراع الرؤوس الحديدية .

٥ - العلاج بالعقاقير :

هل هناك عقاقير يمكن أن تلين الرؤوس الصلبة العنيدة للأطفال المشاكسين ؟

بالطبع هناك الكثير من الآباء والأمهات يتمنون وجود هذه العقاقير السحرية التي تجعل من أبنائهم أطفالاً طبيعيين مطيعين للأوامر .. ولكن من حسن الحظ أن هذه العقاقير غير موجودة وإلا لتوقفت الحضارة الإنسانية وأصبح الأبناء صوراً طبق الأصل من الآباء وأصبحت الأجيال نماذج مكررة .

ولكن هناك في الواقع عقاقير تطف من حدة المشاعر العدوانية مثل (الهالوبيريدول) ، (الريسبيريدون) وهناك عقاقير تخفف من حدة التقلبات المزاجية مثل (الليثيوم) و (الكاربامازيبين) ، (الصوديوم فالبروات) وهناك عقاقير تخفف من القلق والإكتئاب مثل مضادات الإكتئاب ومضادات القلق .

وحين نكتشف أن الطفل العنيد لديه مشاعر عدوانية أو تقلبات مزاجية أو اكتئاب أو قلق (وكثيراً ما توجد هذه الأشياء فعلاً في الطفل العنيد) فإن إعطاء الدواء المناسب يساعد في تخفيف العناد بدرجة ملحوظة تساعد على استكمال العلاج النفسي المطلوب .

٦ - العلاج الديني :

حين ينشأ الطفل على فكرة وجود إله خالق ورازق ومحب وودود ، وأن هذا الإله العظيم يستحق الطاعة لأوامره وأن هذه الطاعة ترفع من قدر الإنسان ، حينئذ يتعلم درساً مهماً في الطاعة الإيجابية لمن يستحقها ويساعده ذلك على الإمتثال لأشياء ربما تكون مصدر صراع بينه وبين والديه كأداء الصلاة مثلاً ، فحين يعلم أنه يؤدي الصلاة طاعة لله الذي يحبه ربما تخفف حدة هذا الصراع ، أما إذا نظر إلي الأمر علي أنه تحكم من والديه فربما يرفض أداء الصلاة ليس كرهاً لها وإنما كرهاً لأوامر والديه .

وإذا تعلم الطفل أن والديه يطيعان الله ويمتثلان لإرادته ومشيلته فهذا يعلمه أن الطاعة والإمتثال حين يكونان في محلها فهما فضائل عظيمة .

وإذا تعلم أن هناك إطاراً مرجعياً (النصوص الدينية وتفسيراتها) يرجع إليه الجميع (بما فيهم هو وأبويه) فإن ذلك يخفف من حدة الصراع الشخصي ويعيد الأمر إلى جذوره الموضوعية المحايدة .

وعلي الجانب الآخر نجد بعض الآباء والأمهات يسيئون إستخدام الجانب الديني في التربية فيعطيان الطفل صورة مخيفة للإله علي أنه قاهر وجبار ويعذب بالنار علي أي خطأ (اللي يكذب ها يروح النار ... اللي يغلط ها يروح النار ... واللى ميسمعش

كلام أبوه وأمه هايروح النار... واللى يشتم هايروح النار... هكذا) .

وبذلك تتكون فى نفس الطفل صورة مخيفة لهذا الإله ويبدأ فى التمرد والعصيان فنجدته يتهرب من الصلاة ومن أداء العبادات بصورة عامة وينفر من كل الرموز الدينية .

وتتعمق هذه الصورة السلبية حين يريد الأب أن يتسلط على ابنه أو يقهره باسم الدين وهذا وضع شديد التعقيد يستلزم جهوداً كبيرة من المعالج لفك هذا الإشتباك المعقد المرتبط بمعتقدات راسخة لدى الوالدين تحتاج لتصحيح أو تعديل .

فالطفل فى النهاية يطبع من يحب فإذا أحب الأب أحب من خلاله الرب وإذا تعلم طاعة الرب فإنه يتقبل عن طوعية طاعة الأب ،ولكى يحدث هذا يجب أن تصل إليه صورة الإله صحيحة ومنطقية ومحبوبة وأن يرى فى أبيه نموذجاً لهذه الصفات المحبوبة يقربه من نموذج الإله العظيم .

التأديب

تعريفه :

التأديب هو أى تدخل من الكبار (الوالدين ، الأخوة الأكبر ، المدرسين ، المرشدين الدينيين ... إلخ) لتعديل سلوك الطفل .

• إتجاهات المربين نحوه :

هناك إتجاهات متباينة نحو عملية التأديب نورد بعضاً منها :

١ - **التساهل** : حيث يميل المربي إلى أن يكون الطفل فى مناخ حر تماماً يفعل ما يريد بشكل تلقائى ويتعلم من الحياة نفسها دون تدخل مباشر من الكبار . وغالباً ما يكون ذلك رد فعل لتربية قاسية عانى منها المربي لذلك فهو يفعل عكسها والمشكلة فى هذا النوع من التربية أن الطفل ينشأ وليس لديه إحساس بالحدود والضوابط والإلتزامات فيعانى كثيراً حين يكبر .

٢ - **الضبط الصارم** : وهو عكس الأسلوب السابق حيث تكون هنا القواعد واضحة وشديدة وعلى الطفل أن يلتزم بها طول الوقت . وعيب هذه الطريقة أنها تلغى تلقائياً الطفل وحرية تفكيره .

٣ - **التقلب** : وهنا ترتبط الأساليب التربوية بالحالة المزاجية للمربي (أو المربية) فمثلاً إذا كان الأب فى حالة سرور وسعادة فإنه يتعامل بلطف وحنان مع تصرفات الطفل ... أما إذا كان متوتراً أو حزيناً فإنه ربما يصفع الطفل على وجهه بشدة على سلوك كان يضحك له فى وقت آخر وهذا النوع أخطر من سابقه لأنه يدع الطفل فى حيرة شديدة ويهز الثوابت لديه .

٤ - **التربية المتوازنة** : وهى التى تعطى فرصة لتلقائية الطفل وفى ذات الوقت تزوده بمعرفة إتباع الضوابط الإجتماعية ، وتعطيه الحرية وتعلمه إحترام حرية الآخرين وإحتياجاتهم ، وتهتم بإحتياجاته الجسمية والنفسية والإجتماعية والروحية فى

ذات الوقت .

القواعد الأساسية للتربية الصحية :

١ - القاعدة الأولى : الثبات والإتساق : فالمربي يشجع الصدق والأمانة مثلاً في كل الأوقات وفي كل المواقف ، وهو نفسه يلتزم بهما كسلوك ، فلا تناقضات ولا تقلبات .

٢ - القاعدة الثانية : الفهم : أى الطفل يجب أن يفهم بشكل بسيط لماذا يرفض أبيه أن يأخذه معه إلى العمل وأن تفهم الطفلة لماذا لا تشتري لها أمها هذه اللعبة الآن .

٣ - القاعدة الثالثة : الانتقال التدريجى من مبدأ اللذة إلى مبدأ الواقع : فالطفل يعيش على مبدأ اللذة (أريد ما أحبه الآن بصرف النظر عن أى شئ) والكبار يعيشون على مبدأ الواقع (غالباً) وعملية التأديب تأخذ الطفل من مبدأ اللذة إلى مبدأ الواقع بالتدرج ويصبر جميل ، أى أنه يتوجب على المربي أن يجعل رحلة الطفل من عالمه الخاص إلى عالم الكبار رحلة ممتعة .

٤ - القاعدة الرابعة : القبول بالبطء الحتمى لعملية التغيير : فمن سنن الكون أن السلوك الإنسانى يحتاج لوقت حتى يتغير أو ينضج ، ولذلك يصبح الإستعجال نوع من التعسف والخروج على الفطرة .

٥ - القاعدة الخامسة : حب الطفل للمربي : فالحب من الطفل للمربي يجعل النظام القيمى للأخير جزءاً من تكوين الطفل ، ويسهل الانتقال من حاله لحالة أخرى على طريق النمو والنضج النفسى بشكل هادئ وأمن فالطفل لا يعرف النفاق لذلك فهو لن يطيع إلا من أحبه .

٦ - القاعدة السادسة : القبول بمرحلة النمو : فكل مرحلة خصائصها التى يجب أن يعيشها الطفل أو المراهق ، وعلى المربي أن يتقبل هذه المراحل ويواكبها ، ولا يعتمد لأن يجعل السلوك نمطياً ثابتاً فى كل المراحل .

العقاب

تعريفه :

العقاب هو إلحاق أذى نفسي أو بدني بالطفل جزاءً على سلوك معين قام به .

* الدور التربوي للعقاب :

العقاب هو أحد وسائل التربية ، وليس أهمها بل ربما يكون أضعفها ، فقد قسم علماء التربية الوسائل التربوية حسب أهميتها كالتالي :

- ١ - القدوة .
- ٢ - الثواب .
- ٣ - العقاب .

أى أن العقاب يأتي في مؤخرة الوسائل التربوية ومع هذا نجد أن المرين غالباً ما يبدأون بالعقاب ويبالغون في الإهتمام به لأنه يحقق نتائج سريعة يرغبونها ، فمثلاً إذا إراد الأب من أبنه أن يذاكر والأبن يتكاسل عن ذلك ، لذلك يقوم الأب بضربه حتى يجلس الأبن على المكتب وينظر في الكتاب ، وهنا يستريح الوالد لأنه حقق ما يراه صحيحاً لأبنه ... ولكن في الحقيقة إن التغير الذي حدث نتيجة العقاب هو تغير شكلي وسطحى فالحقيقة أن الطفل لا يذاكر وإنما جلس ينظر في الكتاب لتفادى غضب الأب ، والنتيجة هي كراهية للمذاكرة وللدراسة عموماً .

ولذلك نرى في الحديث اليومي للناس أنهم يستخدمون العقاب مردافاً للتربية فمثلاً إذا شكوت طفلاً لوالده فإنه يقول لك : « لا تقلق سوف أربيه » حينئذ تفهم أنت أنه قرر أن يضربه ، وهنا حدثت عدة إختزالات فقد إختزلت التربية في العقاب وإختزال العقاب في الضرب .

أنواع العقاب :

حين يذكر العقاب يتبادر إلى الذهن مباشرة العقاب بالضرب ، وهذا إختزال معيب كما قلنا من قبل ولكنه شائع فالعقاب مفهوم واسع يشمل أشياء كثيرة ولكننا

نجمها في النوعين التاليين :

- ١ - العقاب النفسي : كمنظرة اللوم والعقاب أو نظرة الإعتراض من الوالدين ، أو الإنتقاد أو التوبيخ أو الحرمان من أشياء يحبها الطفل ، أو حبسه في غرفة ... إلخ .
- ٢ - العقاب البدني : ويشمل الضرب أو أى نوع من أنواع الإيذاء البدني .

القواعد الصحيحة للعقاب :

إذا اضطررنا للعقاب أثناء عملية التربية فيجب أن نتبع القواعد التالية حتى يستفيد الطفل :

- ١ - يجب أن يعرف الطفل الأشياء التي تستوجب العقاب مسبقاً ، بمعنى أن هناك قواعد واضحة في البيت أو المدرسة لما هو صحيح وما هو خطأ .
- ٢ - أن يتم تحذير الطفل بأن تجاوزه للقواعد المعروفة والمعلنة سوف يعرضه للعقاب .
- ٣ - أن يكون العقاب إصلاحياً لا إنتقامياً ، أى ليس بسبب الحالة المزاجية المضطربة للأم أو للأب .
- ٤ - أن يكون في مصلحة الطفل لا في مصلحة المربي صاحب السلطة . فبعض الأمهات يضربن أطفالهن لأنهن يشعرن بالراحة بعد ذلك فقد نفسن عن مشاعر غضب لديهن .
- ٥ - أن يكون العقاب متدرجاً ومتناسباً مع شخصية الطفل ، فالطفل الذى تردعه النظرة لا يجب توبيخه والطفل الذى ينصلح بالتوبيخ لا يجب ضربه ... وهكذا .
- ٦ - أن يكون العقاب متناسباً مع الخطأ الواقع .
- ٧ - أن تكون له نهاية ، فمثلاً نقرر حرمان الطفل من المصروف لمدة ثلاثة أيام يأخذ بعدها المصروف .
- ٨ - أن يشعر الطفل أن العقاب وقع عليه بسبب سلوك سيئ فعله وليس لأنه هو نفسه سيئ .

اضطرابات الإخراج

إن التحكم في الإخراج يعتبر من الوظائف الجسمانية والنفسية الأساسية في الإنسان ، وبالتالي فإن اضطراب هذا التحكم يستدعي مراجعة الكثير من العوامل المتداخلة للوصول إلى تشخيص دقيق كلما أمكن لتصبح العملية العلاجية أكثر توجهاً نحو هدفها .

وقد أوضحت الكثير من الدراسات في مجتمعات مختلفة أن عملية التحكم في الإخراج يمكن أن تبدأ في سن عشر شهور ونصف (Jacobsun 2001) .

وربما لا يشعر كثير من العاملين في المجال الطبي بأهمية عملية التدريب على الإخراج وتأثيرها على الصحة العامة والصحة النفسية بوجه خاص ، وهذا يجعل معرفتهم بتفاصيل هذه العملية في الصحة والمرض قليلاً . فمن المهم أن نعرف أن التدريب الناجح على الإخراج (التبول والتغوط) يعتبر مصدراً للفخر للطفل والأسرة ، وعلامة مهمة على النمو والنصح . وعلى العكس فإن المشاكل في هذه الوظيفة يمكن أن تؤدي إلى صراعات شديدة وضعف تقدير الذات ، بل يمكن أن تؤدي إلى العنف في بعض الأحيان بالإضافة إلى اضطرابات نفسية أخرى مثل الخجل والإنطواء والقلق والإكتئاب والوساوس والأفعال القهرية .

وقد وجد في أحد الدراسات أن فشل التدريب على عملية الإخراج كان هو أهم ثاني سبب للإستباحات القاتلة للأطفال (Fatal child abuse) ، فالأبوين (وخاصة الأم) يشعران بالغضب نحو الطفل الذي لا يتحكم في إخراجة والنبذ والعقاب النفسي أو البدني الشديد له (Morrow et al 1997) .

ولهذا يجب أن يتم التدريب على الإخراج في سن مناسب ويتدرج معقول ، وأن يتم في ظروف نفسية جيدة ، وأن تتجنب الأم (أو المريضة) اللجوء إلى العقاب أثناء هذا التدريب أو التعبير عن مشاعر الغضب أو النبذ للطفل في حالة عجزه عن تحقيق توقعاتها .

ولا نغفل أن عملية الإخراج تتأثر بعوامل كثيرة مثل القرارات العقلية للطفل ونضجه الإجتماعي ، والمحددات البيئية المحيطة بالطفل ، والتفاعل النفسي بينه وبين

أبويه (Kaplan and Sadock 1994) .

وقد تضمن دليل التقسيم التشخيصي والإحصائي الرابع نوعين من إضطرابات الإخراج وهما :

- ١ - إضطراب البوال (Enuresis) .
- ٢ - إضطراب التغوط (Encopresis) .

ومن المهم أن نعرف أن المسار الطبيعي للتحكم فى عملية الإخراج يتم على أربعة مراحل بالترتيب التالى :

- ١ - نمو التحكم فى التغوط ليلاً (أثناء النوم) .
- ٢ - نمو التحكم فى التغوط نهاراً (أثناء اليقظة) .
- ٣ - نمو التحكم فى التبول نهاراً (أثناء اليقظة) .
- ٤ - نمو التحكم فى التبول ليلاً (أثناء النوم) .

ومن هنا نلاحظ أن آخر وظيفة تحكم نمو عند الطفل فى عملية الإخراج هى عملية التحكم فى التبول ليلاً ، ولهذا نجد الكثير من الحالات المترددة على العيادات النفسية تقع تحت هذه الفئة (Nocturnal enuresis) .

وفيما يلى نستعرض أضطرابى البوال والتغوط بشئ من التفصيل .

إضطراب البوال (Enuresis)

تعريفه :

وتعريف البوال كما ورد فى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV هو : « الإفراغ المتكرر للبول فى السرير أو الملابس سواء كان ذلك لا إرادياً أو إرادياً ، .

نبذة تاريخية :

والبوال معروف منذ القدم حيث كتب عنه فى البرديات المصرية التى يرجع تاريخها إلى ١٥٥٠ سنة قبل الميلاد ، وكانوا يعالجونه بخليط من الجعة ومنقوع العليق، ويذكر التاريخ أن علاجات عديدة إستخدمت لهذا الإضطراب أهمها (حموده : ١٩٩١) :

- ١ - حرق الأوراق بين الرجلين .
- ٢ - كى الفتحة الخارجية لقناة الإحليل (العضو الذكري) بنترات الفضة وذلك لجعل التبول مؤلماً .
- ٣ - شكشكة القضيب .
- ٤ - ربط ضفدعة إلى القضيب لتتقنق عندما يبول الطفل فيستيقظ (هذه الطريقة كانت تستخدم في نيجيريا) .

أنواعه :

يقسم البوال إلى :

- ١ - البوال الليلي (أثناء النوم) وهو الأكثر شيوعاً .
- ٢ - البوال النهاري (أثناء اليقظه) .
- ٣ - البوال الليلي والنهاري معاً .

أو يقسم إلى :

- البوال الأولى : وهو يعنى أن الطفل لم يمر بفترة تحكم فى البول قبل ذلك ، فهو يتبول فى فراشه أو ملابسه منذ أن ولد .
- ٢ - البوال الثانوى : وهو يعنى أن الطفل مر بفترة تحكم فى البول (على الأقل سنة) ثم فقد هذه القدرة بعد ذلك لأى سبب من الأسباب .

علاقته بالنوم :

بما أن أكثر الأنواع شيوعاً هو التبول فى الفراش ليلاً أثناء النوم إذن يبدو أن هناك علاقة بين نوعية النوم أو مرحلة وبين هذا الإضطراب ، وهذه العلاقة لم يتم إختيارها بشكل كاف حتى الآن .

والملاحظ إكلينيكياً من خلال مواكبة أعداد كبيرة من حالات البوال أن الأطفال المصابين بهذه الحالة يوصفون (بواسطة أبويهم) بأن نومهم ثقيل ، وأنه يصعب إيقاظهم أثناء الليل أو حتى فى الصباح للذهاب إلى المدرسة . وهذه الملحوظة البسيطة والمتواترة وتشير إلى صعوبة تنبه المريض لامتلاء المثانة ليلاً .

وقد وجد فى بعض الدراسات أن معظم حالات التبول تحدث فى الثلث الأول

من النوم ، وهذا الجزء من النوم تغلب عليه مراحل النوم العميق (المرحلة الثالثة والرابعة على وجه التحديد) وهو ما يعرف بالنوم غير المصحوب بحركة العين السريعة (NREMS) وفي هذه الحالة لا يتذكر الطفل أنه تبول وإنما يفاجأ في الصباح بفراشه وقد تبلل .

أما إذ حدث أثناء النوم الحالم ، وهو ما يعرف باسم النوم المصحوب بحركة العين السريعة (NREMS) فإن الطفل يتذكر أنه تبول أثناء رؤيته لحلم مفزع .

معدل حدوثه :

يختلف معدل حدوث البوال حسب المرحلة العمرية كالتالي :

في سن ٥ سنوات	١٥ - ٢٠ %
في سن ٧ سنوات	١٥ %
في سن ١٠ سنوات	٣ %
في سن ١٤ سنوات	١٥ %
في سن الرشد	١ %

وهذا يعطى إشارة مهمة أنه يحدث تحسن طبيعي مع التقدم في العمر حتى بدون أى تدخل علاجي ويلاحظ أن هذا الإضطراب أكثر حدوثاً في الذكور من الإناث .

الإضطرابات النفسية المصاحبة لحالات البوال :

وجد أن ٢٠ % من حالات البوال تكون مصحوبة بإضطرابات نفسية (إضطراب التغوط أو المشى أثناء النوم ، أو الفزعات الليلية أو إضطراب ضعف الانتباه زيادة الحركة ، أو إضطرابات السلوك ، أو مشاكل التعلم) وخاصة في الحالات التالية :

- ١ - البنات .
- ٢ - الأطفال الذين يتبولون في الفراش أو في الملابس نهاراً وليلاً .
- ٣ - استمرار الأعراض حتى فترة المراهقة .

فسيولوجية التبول :

عندما يزيد الضغط داخل المثانة فإن مستقبلات الضغط في الطبقة العضلية

لجدار المثانة ترسل تنبيهات إلى الحبل الشوكى ومنه إلى المخ الذى يتم فيه الشعور بالرغبة للتبول ، فإن كانت الظروف مناسبة فإن المخ يرسل إشارات إلى المراكز العصبية فى المنطقة العجزية من الحبل الشوكى لترسل بدورها إشارات إلى جدار المثانة فينقبض وإلى العضلة العاصرة (الصمام) فترتخى وبذلك يتم إخراج البول .

أما إذا كانت الظروف غير مناسبة فإن المخ يرسل إشارات إلى المنطقة العجزية من الحبل الشوكى لترسل بدورها إشارات إلى جدار المثانة فيرتخى وإلى العضلة العاصرة (الصمام) فتتقبض وبذلك يتأجل فعل التبول إلى حين تأتى ظروف مناسبة .

ولكى تتم هذه العملية بنجاح يجب أن تكون الوصلات العصبية سليمة وقادرة على نقل الإشارات المطلوبة ، وكذلك تكون المراكز العصبية فى المنطقة العجزية من الحبل الشوكى وفى المخ على درجة كافية من النضج ، وأن تكون المثانة فى حالة جيدة .

والسؤال هو : متى يتم نضج المراكز العصبية لى يصبح الطفل قادراً على التحكم فى تبوله ؟

والإجابة : أن ذلك يحدث فى خلال السنة الثالثة من العمر فى الأحوال الطبيعية .

الأسباب :

تتعدد أسباب هذه الحالة وتتداخل ، ولذلك نحاول أن نجملها ونبسطها فى نوعين رئيسيين :

١ - أسباب عضوية مثل :

- * العوامل الوراثية (الجينية) .
- * صغر حجم المثانة الوظيفى .
- * زيادة كمية البول (نتيجة نقص الهرمون المضاد لإدرار البول) .
- * خلل فى الأعصاب المسئولة عن التحكم .
- * تأخر نضج مراكز التحكم فى المخ والحبل الشوكى .
- * الصرع أثناء النوم .

٢ - أسباب نفسية مثل :

- * إضطراب فى النوم (زيادة مراحل النوم العميق) .
- * الغيرة من وصول طفل جديد فى الأسرة ، وهذا يؤدى إلى تكوص فى السلوك .
- * عدم الشعور بالأمان .
- * الخوف من الظلام ومن الأشباح والحيوانات خاصة بعد سماع القصص المرعبة أو مشاهدة مناظر مخيفة فى التلفزيون .
- * أن يكون أحد الوالدين أو كليهما شديد السيطرة ، فيصبح التبول هنا تعبير عن العدوان تجاه الأسرة (وخاصة الأم) .
- * التدليل الزائد والحماية المفرطة بما يؤدى إلى حاجة الطفل لإستمرار جذب الإنتباه أو التمرد على الحماية المفرطة .
- * الإضطرابات النفسية والسلوكية .

وسوف نتناول بعض هذه الأسباب بالتفصيل نظراً لأهميتها :

(١) العوامل الوراثية (الجينية) .

غالباً ما يوجد تاريخ عائلى للبول فى الأسرة وحين يكون الأبوان قد أصيبا بمثل هذه الحالة فإن ٧٧٪ من الأطفال سيعانون منها ، أما إذا كان أحدهما فقط قد أصيب بها فإن ٤٤٪ من أطفال سيعانون منها وفى ١٥٪ من حالات التبول الليلي لا نجد مثل هذه الحالة فى الأب أو الأم . وفى بعض الدراسات تم التعرف على الجين المسئول عن حدوث هذه الحالة وهو جين سائد موجود على الكروموسوم رقم ١٣ .

(٢) صغر حجم المثانة الوظيفى :

فى بعض الحالات كانت السعة الوظيفية للمثانة (Functional Bladder capacity) فى الأطفال المصابين أقل من أقرانهم غير المصابين . وعند فحص مثانة الأطفال المصابين بالبول تحت تأثير مخدر عام وجد أن حجمها طبيعياً ، وهذا يعنى أن المثانة فى غير ظروف التخدير تكون فى حالة إنقباض ولذلك لا تتحمل كمية كبيرة من البول ، وفى بعض الأحيان يطلق على هذه المثانة أنها مثانة عصبية لا تستوعب البول بداخلها وتحاول طرده من خلال إنقباضات جدارها المستمرة .

وربما يتم الربط بين عصبية المثانة وعصبية الطفل ، ولكن هذا الربط يحتاج إلى دراسات منضبطة أكثر لإثباته أو نفيه .

(٣) زيادة كمية البول :

وذلك بسبب نقص إفراز الهرمون المضاد لإدرار البول Anti-diuretic Hormone (ADH) أثناء الليل ، ففي الأحوال العادية يزيد إفراز هذا الهرمون أثناء الليل حتى يقلل من كمية البول التي تنتجها الكليتين أثناء النوم لكي تتناسب هذه الكمية مع حجم المثانة فلا يحتاج الطفل للإستيقاظ ليلاً للتبول ، فالطفل الطبيعي ينام من ٨ إلى ١٢ ساعة دون حاجة للتبول خلال هذه المدة .

فإذا لم تحدث هذه الزيادة الطبيعية في إفراز ذلك الهرمون المضاد لإدرار البول ، فإن كمية البول حتماً ستزيد عن سعة المثانة خلال هذه الساعات الطويلة من النوم وبالتالي يحدث تفرغ إجباري للمثانة خاصة إذا كان نوم الطفل عميقاً ولا يسمح بالتنبه لإمتلاء المثانة .

(٤) تأخر نضج الجهاز العصبي : (Maturation Delay of CNS)

إن السبب الأكثر قبولاً ولكنه الأكثر صعوبة في الإثبات هو تأخر نضج الجهاز العصبي المركزي وذلك يؤثر على قدرة الطفل على التحكم في إفراغ المثانة . وفي هذه الحالة عندما تمتلئ المثانة بالبول ويتمدد جدارها وتنقل الأعصاب الحسية إشارات الإمتلاء إلى المخ مروراً بالمراكز العصبية في المنطقة العجزية للحبل الشوكي فإن هذه المراكز تفشل في القيام بوظيفتها التنظيمية . ويمكن أيضاً أن تفشل آلية إيقاظ المريض أو تنبيهه عند إمتلاء المثانة .

(٥) إضطرابات النوم :

وقد تحدثنا عنها من قبل فهؤلاء الأطفال يكون نومهم أكثر عمقاً من أقرانهم (زيادة في مراحل النوم العميق الثالثة والرابعة على وجه الخصوص) .

وتزيد نسبة التبول أثناء النوم حين يكون هناك إنسداداً في مجرى التنفس بسبب وجود لحمية في الأنف أو التهاب اللوزتين ، ولذلك نلاحظ أنه بعد العمليات الجراحية التي تزال فيها هذه الإنسدادات تتحسن حالة كثير من الأطفال المصابين بالتبول أثناء النوم ويحدث هذا في ٧٦٪ من الحالات .

(٦) الغيرة :

حيث نجد أن الطفل بعد أن مر بفترة تحكم في بوله عاد مرة أخرى إلى التبول في فراشه بعد ميلاد طفل جديد في الأسرة حيث تحدث حالة تكوّن (Regression) بمعنى أن يرجع الطفل بسلوكه إلى مراحل نمو مبكرة في محاولة منه لجذب إنتباه أمه التي انشغلت بالطفل الجديد فيأتي بأفعال طفولية (مثل المولود الجديد) لعل الأم تعود إليه مرة أخرى . وربما يكون التبول في الفراش هنا أيضاً عدوان موجه نحو الأم بشكل خاص ونحو الأسرة بشكل عام بسبب إهمالهم للطفل بعد وصول المولود الجديد ، وفي هذه الحالة ربما يتبول الطفل إرادياً في ملابسه أو فراشه أثناء الليل أو النهار بهدف مضايقة الأسرة التي أهملته .

(٧) عدم الشعور بالأمان :

ويحدث هذا نتيجة انفصال الطفل عن أمه ، أو انفصال الوالدين ، أو النزاعات العائلية ، أو إدخاله مستشفى .

(٨) عوامل نفسية وسلوكية :

هناك بعض الإضطرابات النفسية والسلوكية في نسبة من هؤلاء الأطفال مثل الخجل والإنطواء وسرعة الإستتار وكثرة الحركة والقلق ولكنه ليس معروفاً إن كانت هذه الإضطرابات سبباً أم نتيجة لهذه الحالة .

التشخيص :

متى نقول أن هذه حالة مرضية وتحتاج للعلاج ؟ ... هناك خصائص محددة وضعت لتشخيص هذه الحالة وهي كما وردت في دليل التشخيص والإحصاء الرابع : DSM IV

* وتكرار التبول في الفراش أو الملابس ليلاً أو نهاراً سواء كان ذلك لا إرادياً أو إرادياً

* وهذا السلوك ذو أهمية إكلينيكية من ناحية تكرار حدوثه مرتين أسبوعياً ولمدة ثلاثة شهور متتالية ، أو من ناحية أنه يسبب كرباً أو خللاً إجتماعياً أو تعليمياً أو وظيفياً أو أى وظائف أخرى مهمة .

* العمر الزمني لا يقل عن خمس سنوات .

* وهذا السلوك ليس بسبب تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (دواء مدر للبول

مثلاً) أو اضطراب جسماني مثل البول السكري أو الصرع أو الصلب المفلوج .

ويحدد النوع كالتالي :

- ١ - ليلى فقط .
- ٢ - نهاري فقط .
- ٣ - ليلى ونهاري .

التشخيص الفارق :

يجب أن نفكر في الأسباب العضوية التي تؤدي لمثل تلك الحالة وتقدر نسبة هذه الأسباب العضوية بـ ٣ - ١٠ ٪ من الحالات ، ونتوقعها أكثر في الحالات التي تتبول في الفراش نهاراً وليلاً وتكون مصحوبة بسلس البول أو عدم القدرة على التحكم حين تأتي الرغبة (URGENCY) وهذه الأسباب العضوية تتمثل في :

- ١ - اضطراب في الجهاز البولي والتناسلي سواء كان اضطراباً تشريحياً أو عصبياً أو التهاب في المثانة .
- ٢ - اضطراب الوعي والنوم مثل الصرع أو التسمم أو المشي أثناء النوم .
- ٣ - أعراض جانبية من بعض الأدوية مثل مضادات الذهان (الكلوزابين ، الميليريل ... إلخ) .

مسار المرض ومآله :

البول يعتبر اضطراب قابل للشفاء الذاتي بمعنى أنه يتحسن تلقائياً مع التقدم في العمر ونضج الجهاز العصبي ، ومع هذا نوصي بالعلاج حتى ننفادى المضاعفات التي تحدث للطفل لو تركناه حتى يتحسن تلقائياً .

وطبقاً لتعريف البول فإن بدايته في سن الخامسة ، أما البول الثانوي فبدايته غالباً بين الخامسة والثامنة من العمر ، وأغلب المصابون به يتحسنون في المراهقة ولكن تبقى نسبة ١ ٪ بوالين حتى مرحلة الرشد .

أما إذا كانت بداية البوال بعد سن الثامنة أو مرحلة الرشد فيجب أن نضع في الاعتبار الأسباب العضوية بشكل أقوى .

وفي الأطفال الذين مروا بفترة جفاف سابقة ثم حدث لهم البوال يجب أن نفكر في وجود صعوبات نفسية لديهم .

المضاعفات :

لو تركنا حالات البول بدون علاج حتى تصل إلى الشفاء الذاتي مع تقدم العمر فإننا نعرض الطفل لمضاعفات نفسية خطيرة نذكر منها :

- ١ - ضعف صورة الذات ونقص إحترامها وضعف الثقة بالنفس .
- ٢ - الخجل والشعور بالدونية .
- ٣ - الإنطواء وعدم القدرة على التفاعل الإجتماعى بشكل طبيعي .
- ٤ - القلق أو الإكتئاب .
- ٥ - الحرمان من الذهاب للرحلات والمعسكرات وزيارة الأقارب خوفاً من حدوث الحالة .
- ٦ - الخوف من الزواج خاصة عند الفتيات .

تقييم الحالة :

عند تقييمنا لمثل هذه الحالات علينا أن نراعى عامل السن وشدة الحالة ، ففي الأطفال الأكبر سناً تكون الأعراض مزعجة أكثر وتسبب وصمة للطفل ، وهذا يستدعى تدخلات علاجية أكثر حسماً ، فى حين أن السن الأصغر لا يسبب مثل هذا القلق وبالتالي يسمح بتدخلات علاجية هادئة تأخذ وقتاً أطول . وهذه الإعتبارات نراعيها أيضاً بالتوازي مع شدة الحالة .

ويتلخص تقييم هذه الحالات في النقاط التالية :

- ١ - التاريخ المرضى للحالة : وهو فى غاية الأهمية للوصول إلى التشخيص الصحيح والاستبعاد الأسباب العضوية ، ويجب أن يتضمن ذلك التاريخ نمط التبول والتبرز ، والفحوصات المعملية أو الإشعاعية والعلاجات السابقة إن وجدت .
- ٢ - الفحص الطبى والعصبى : وهو شامل للبطن والأعضاء البولية والتناسلية والجهاز العصبى .
- ٣ - الفحوصات المعملية والإشعاعية : تتضمن تحليلاً للبول لإستبعاد أعراض التهاب بالمثانة أو مرض البول السكرى أو البول المائى ، وهذا بالإضافة إلى أشعة على الفقرات القطنية والعجزية للإطمئنان على حالة المراكز العصبية فى هذه المنطقة خاصة لو وجدنا فى الفحص الطبى أو العصبى ما يدعو لذلك خاصة ما يسمى بحالة

الصلب المفلوج Spina Bifida ، فكثيراً ما يتهم الصلب المفلوج على أنه السبب في البوال ، ولتوضيح حقيقة الأمر نذكر ما يلي (حموده ١٩٩١) .

يعرف الصلب المفلوج بأنه فشل التقاء الأضراس القفارية ، وهو على نوعين :

(أ) الصلب المفلوج الخفي (Spina Bifida occulta) :

حيث يصيب المنطقة القطنية والعجزية من العمود الفقري ، وقد يكون مصحوباً بإصابة الجلد المغطى له دون إصابة الحبل الشوكي أو السحايا ، وقد تكشف هذه الحالة عن طريق الصدفة عند تصوير الفقرات بالأشعة لأي سبب من الأسباب دون ظهور أية أعراض إكلينيكية لها ، وقد يلفت النظر إلى هذه الحالة إصابة الجلد الذي يكسوها بشامة أو ورم دموي أو خصلة من الشعر ، أو حفرة في العجز أو ورم دموي أو خصلة من الشعر ، أو حفرة في العجز أو ورم شحمي في المنطقة القطنية العجزية من الظهر ، كما أن وجود إضطراب عصبي قد يشير إلى وجود الصلب المفلوج في بعض الحالات ولهذا الإضطراب العصبي أسباب عدة :

(١) تشوه أو نقص الحبل الشوكي .

(٢) ربط الحبل الشوكي إلى أحد الأنسجة المجاورة الذي قد يؤدي شدة أثناء حركة العمود الفقري إلى تلف بالحبل الشوكي .

(٣) الضغط المباشر على الحبل الشوكي أو ذيل الفرس بواسطة مثير عظمي أو إمتداد ورم شحمي داخل النخاع .

هذه الأسباب المؤثرة على الحبل الشوكي تؤثر على المسارات العصبية فيه فينتج فيه شلل تقلصى سفلى ، وإضطراب إخراج البول الذي يحدث في هذه الحالة هو سلس البول (Incontinence) وليس البوال (Enuresis) ، حيث يكون تنقيط البول مستمراً ليلاً ونهاراً بالإضافة إلى ما يصاحبه من علامات عصبية في الطرفين السفليين ونقص (أو إختلال) الإحساس في منطقة السرج (Saddle shaped area) .

(ب) الصلب المفلوج الكيسي (Spina Bifida Cystica) :

وفي هذا النوع يكون النقص العظمي متسعاً وتبرز خلاله السحايا والحبل الشوكي أو أحدهما ، وفي حالة الفتق السحائي فإنه يؤدي إلى شلل إرتخائي في الطرفين وبالتالي سلس البول (حمودة ١٩٩١) :

العلاج :

هناك العديد من الوسائل العلاجية لحالات البوال وهي تتدرج من إتباع بعض التعليمات البسيطة إلى العلاج السلوكي والعلاج الدوائي . ويتم إختيار الوسيلة أو الوسائل العلاجية بعد التقييم الكامل للحالة بواسطة الطبيب المتخصص ، ويراعى فى الإختيار سن المريض وشدة الحالة وتعاون الأسرة فالأطفال بين الخامسة والسابعة يستحب أن نبدأ معهم بالوسائل البسيطة (غير الدوائية) أما الأطفال الأكبر سناً أو الحالات الشديدة فربما نفكر فى أكثر من وسيلة من بينها العلاج الدوائي .

وفلسفة العلاج هنا هو أننا نساعد الطفل على التحكم بوسائل وإجراءات خارجية على أمل أن يكتسب القدرة على التحكم فى وقت من الأوقات أو يحدث النضج التلقائى للأجهزة العصبية ، وبالتالي نحى الطفل من مضاعفات الحالة التى ذكرناها آنفاً وبناءً على ذلك يجب أن نشرح للوالدين وللطفل (إذا أمكن) طبيعة العلاج ودوره ومدته لكى يكونوا متعاونين معنا فى تحقيق أهداف العلاج .

وهناك بعض الحالات ربما لا ترغب فى العلاج طويل المدى ولكنها تحتاج فقط للعلاج فى فترات مؤقتة حين الذهاب فى رحلة أو معسكر أو زيارة لأحد الأقارب لفترات محددة ، والعلاج يكون مفيداً أيضاً فى تحقيق هذه الأهداف .

وفيما يلي بعض هذه الوسائل العلاجية المتاحة :

(١) إتباع بعض القواعد والعادات : مثل الإمتناع عن شرب السوائل ليلاً خاصة تلك التى تسبب إدرار البول كالشاي والقهوة والكوكاكولا والعصائر بأنواعها المختلفة ، وإذا شعر الطفل بالعطش فيكتفى بشرب كميات بسيطة من المياه العادية ، ويتعود الطفل أن يفرغ المثانة وذلك بالتبول قبل الذهاب للنوم مباشرة ، وأن يوقظه أحد أفراد الأسرة بعد ثلاث ساعات من بداية نومه للتبول أو يتم ذلك من خلال وضع منبه بجوار الطفل ، وإذا تبول الطفل فى هذا الوقت فإن المثانة تتحمل كمية البول المفترزة بقية الليل لأنه وجد أن معظم البول يتم إدراره فى الثلث الأول من الليل ونتجنب لوم الطفل أو عقابه أو تغييره إذا أصبح وقد بلل فراشه ، ولكن نطلب منه المشاركة فى تنظيف ملابسه ومكان نومه .

ونراعى عدم مشاهدة أو سماع قصص مخيفة أو مثيرة قبل النوم ونتأكد من وجود إضاءة كافية فى غرفة نوم الطفل وفى الصالة وفى دورة المياه .

(٢) **تدريب المثانة لزيادة سعتها** : حيث يشرب الطفل كميات كبيرة من السوائل أثناء النهار ونطلب منه تأجيل التبول أكبر وقت ممكن حين يشعر بالرغبة فيه ، ويزاد هذا الوقت تدريجياً على مدى عدة أسابيع وبذلك تزيد سعة المثانة وتتعود الاحتفاظ بالبول لفترة أطول .

(٣) **تدريبات الانتباه والإستجابة** : وتهدف هذه التدريبات إلى زيادة الشعور بامتلاء المثانة وتعلم الإستجابة الفورية لذلك الشعور ويمكن تحقيق ذلك بأحد الطريقتين التاليتين أو كليهما معاً :

(أ) **لعب الدور** : نشرح للطفل أننا وهو سنقوم بعمل تمثيلية حيث يمثل أحد الوالدين أولاً ثم الطفل أنه ينام ثم يشعر بامتلاء المثانة والرغبة في التبول فيقوم ويذهب للحمام فعلاً ويفرغ كمية من البول (فعلاً) ، ويكرر لعب هذا الدور ثلاث مرات قبل النوم مع إفراغ جزء من البول في كل مرة وفي المرة الثالثة يفرغ البول تماماً ثم يذهب لنومه .

(ب) **لعبة رجل المطافئ** : يتمثل الطفل بأنه رجل مطافئ وعندما نوقظه أو يوقظه المنبه أثناء الليل فإن عليه أن يقوم فوراً ليطفئ النار المشتعلة بواسطة البول الذي يفرغه في الحمام .

(٤) **العلاج الأسرى** : وذلك بهدف :

إستعادة جو الطمأنينة والهدوء والحب داخل الأسرة لكي يشعر الطفل بالأمان .

تجنب الشجار بين الوالدين خاصة أمام الأطفال .

تجنب القسوة الزائدة والتدليل الزائد .

مراعاة مشاعر الطفل بعد ميلاد طفل جديد .

تجنب اللوم والعقاب للطفل على إعتبار أن هذه الحالة تحدث لا إرادياً في أغلب الأحوال ، وتجنب معاقبة الأخوة والأخوات له .

(٥) **لإزالة الآثار النفسية** التي تراكمت عند الطفل أو المراهق نتيجة الحالة ومحاولة إستعادة ثقته بنفسه من خلال التأكيد على أنه غير مسئول عن حدوث هذه الحالة ، وأنها قابلة للشفاء ، وليست دليلاً على ضعف شخصية أو نقص فيه ، ويرى بعض المعالجين أن البوال في بعض الحالات يكون صرخة إستغاثة من الطفل ولذلك

يجب الإستجابة لها ومساعدته فى مواجهة صعوباته وصراعاته والعلاج النفسى فى الأطفال لا يقوم بالضرورة على الحوار اللفظى ولكن يمكن الإستعانة فيه باللعب والرسم بجوار الحوار البسيط .

(٦) العلاج السلوكى :

برنامج التدعيم الإيجابى :

الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الأثنين	الأحد	السبت
	*		*	*		

تشرح الأم أو الأب للطفل أو الطفلة البرنامج بعبارة بسيطة مثل : « إنك الآن كبرت ، وأعتقد أنك تريد أن نساعدك على أن تتوقف عن التبول فى الفراش ، فأنا أعرف أنها تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة والجهد الذى يتطلبه غسل أغطيتك وملءات سريرك ... وسنستخدم لذلك برنامج مكافآت ... ولهذا نريدك أن تختار الأشياء التى تعجبك أو تحب أن تكون لديك (ونشتري له مجموعة من الهدايا الصغيرة التى يحبها بالإضافة إلى ملصقات على هيئة نجوم ذهبية) ... والآن إذا مرت ليلة دون أن تبلل نفسك فسنضع نجمة ذهبية فى جدول الأيام ونعطيك هدية من الهدايا » .

وتقدم المكافآت فى اليوم التالى مباشرة إذا نجح الطفل فى الحفاظ على عدم تبوله . والمكافآت تقدم يومياً و فوراً فى الأسبوع الأول ، ثم كل يومين فى الأسبوع الثانى ثم كل أربعة أيام فى الأسبوع الثالث ، إلى أن تتوقف المكافآت المادية ، ولكن نستمر لفترة طويلة فى وضع النجوم الذهبية فى جدول الأيام عن كل ليلة تمر دون بلى (إبراهيم وآخرين ١٩٩٣) .

إمتدح سلوك الطفل أمام أفراد الأسرة فى كل مرة ينجح فيها ، وإذا فشل الطفل فى يوم من الأيام لا تقم بتأنيبه أو نقده بل دعه يضع الملابس والأغطية المبللة فى المكان المعد للغسيل . تذكر أن الطفل سينجح فى بعض الليالى وسيفشل فى البعض الآخر فلا تيأس من المحاولات وإستمر فى تطبيق البرامج حتى ينجح الطفل فى التوقف عن التبول لعدة أسابيع .

(ب) جهاز التنبيه الليلي : (Nocturnal Alarm) الفكرة في هذه الوسيلة

هي إيقاظ الطفل للتبول في الوقت المناسب ، وتحقق بنوعين من أجهزة التنبيه .

* جهاز تنبيه عادى يوضع بجوار الطفل بحيث يوقظه بعد بداية النوم بثلاث ساعات على إعتبار أن أكبر كمية من البول يتم إفرازها في الثلث الأول من الليل .

* جهاز تنبيه خاص (Bell and pad apparatus) وهو عبارة عن جرس كهربائى متصل بدائرة شريحتين من المعدن إحداهما بها تقوب (العليا) ، وهاتين الشريحتين تشبكان بمشابك في الملابس الداخلية للطفل في حين يعلق الجرس كالعقد في رقبة الطفل بحيث يتدلى على صدره ، وعندما يبدأ الطفل في البول تبتل ملابسه الداخلية فتخلق دائرة الجهاز ويرن الجرس فيستيقظ الطفل وهذه الطريقة لكي تنجح تحتاج لأن يكون الطفل أكبر من ٧ سنوات ومستعد هو وأسرته للتعاون ، وإذا توافرت هذه الشروط فإن نسبة نجاح هذا العلاج تصل إلى ٧٠٪ ، وإذا لم يستيقظ الطفل على صوت الجرس فيمكن لأحد الأبوين أن يوقظه حين سماع الجرس .

(٧) العلاج الدوائى :

هناك عدد من الأدوية المتاحة للعلاج نذكر منها :

١ - الأمبيرامين (تفرانيل) Tofranil وهو أحد مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات ، وهو يستخدم بجرعات صغيرة لعلاج حالات البوال منذ عام ١٩٦٠ وقد أثبتت الكثير من الدراسات جدواه في مثل هذه الحالات . وتبدأ الجرعة من ٢٥ مجم قبل النوم بساعتين وتزداد الجرعة بواقع ٢٥ مجم كل أسبوع حتى يتوقف البوال أو نصل إلى الجرعة القصوى للدواء وهي ٥٥مجم/كجم من وزن الطفل أو تظهر الأعراض الجانبية للدواء بشكل واضح (جفاف الفم ، وزغلة العينين أو الإمساك) . وفي الأطفال الذين يتبولون في بداية النوم يستحسن أن نقسم الجرعة إلى جزئين الأول بعد الظهر والثانية قبل النوم بساعتين .

ولو زادت الجرعة عن ٣٥ مجم/كجم من وزن الجسم فيجب عمل رسم قلب للمتابعة .

ونسبة نجاح هذا الدواء تصل إلى ٦٠٪ وهو يتميز برخص ثمنه وتأثيره الواضح والذي ربما يحدث نتيجة الآليات التالية :

تقليل درجات النوم العميق فيصبح الطفل أكثر قابلية للإستيقاظ عند إمتلاء المثانة .

* العمل على إرتخاء جدار المثانة وإنقباض العضلة العاصرة (الصمام) من خلال تأثيره على الإستيتيل كولين * يعمل كمضاد للإكتئاب والقلق فيؤدى ذلك إلى تحسن الحالة النفسية للطفل .

والجرعة المعتادة يومياً هي ٧٥ - ١٢٥ مجم مع مراعاة السن والوزن وظهور الأعراض الجانبية سالفة الذكر ، وتستخدم الجرعة المناسبة لمدة ٦ شهور ثم تعطى للطفل راحة فنوقف العلاج بالتدريج حتى نرى إن كان البول قد توقف أم لا ، وفى حالة عدم التوقف نعيد إستخدامه ستة شهور أخرى .

٢ - الديسموبريسين (المينيرين) (Desmopressin (Minirine)

وهو عقار جديد نسبياً يعمل كشبيه لهرمون التحكم فى إفراز البول مما يقلل من إفراز البول أثناء النوم ، حيث تثبت أنه فى حالات التبول اللاإرادى الأولى يكون مستوى هرمون التحكم فى إفراز البول ليلاً (ADH) أقل من المستوى الطبيعى مما يسبب كثرة إدرار البول بما يفوق سعة المثانة .

وهو موجود فى صورة بخاخة للأنف وفى صورة أقراص ٠.١ مجم و ٠.٢ مجم ويستخدم لمدة ٣ شهور ثم نوقفه بالتدريج فإذا عاد الطفل إلى البوال فيمكننا إعطائه دورة أخرى من العلاج وهكذا حتى يتوقف .

ويتميز هذا العلاج بالفاعلية والأمان حيث أن أعراضه الجانبية بسيطة ولا يشعر بها أحد بإستثناء بعض الحالات القليلة التى يحدث فيها إنخفاض مستوى الصوديوم فى الدم (Hyponatraemia) ويمكن أن يلاحظها الوالدين حيث يشكو الطفل من صداع وغثيان وقىء وفى هذه الحالة يوقف العلاج ويتم قياس نسبة الصوديوم فى الدم . ولكن نظراً لإرتفاع سعره فيقتصر إستخدامه على المرضى القادرين على ذلك . وهذا الدواء الفعال يمكن إستخدامه بشكل مؤقت أيضاً فى الرحلات والمعسكرات والزيارات وقبل الزواج ونسبة نجاح هذا الدواء تصل إلى ٩٣ % .

٣ - أدوية أخرى :

* مضادات الأستيل كولين (Anticholinergics) وتستخدم كعلاج مساعد مع العلاجات الأخرى والأمثلة لها البلاسيد والبسكوبان وغيرها .

* مانعات إسترداد السيروتونين النوعية SSRIS وخاصة الفلوكستين والسيرترالين وهى فى الأساس مضادات أكتئاب ولكن وجد فى بعض الدراسات أن لها

تأثيراً واعدأ فى حالات البوال .

ماذا يجب على الوالدين فعله تجاه الطفل المصاب بحالة البوال ؟

- ١ - تشجيع الطفل على التوقف عن التبول فى الفراش أو الملابس متى أحس به ثم الإنطلاق نحو دورة المياه لإكمال التبول هناك .
- ٢ - وفى حالة تبول الطفل فى الفراش يجب أن نغير ملابس الطفل المبتلة وتوضع ملاء جافة فوق الموضع المبتل من السرير ، ولكى نساعد الطفل على الإستقلال وتحمل المسئولية نضع بجانب سريريه ملابس بديلة (بيجامة مثلاً) وملاء سرير بديلة بحيث يغيرهما بنفسه إذا حدث وتبول فى الفراش .
- ٣ - وفى الصباح يجب أن نشجع الطفل على القيام بغسيل ملابسه وملاء السرير المبتلة .
- ٤ - لا يلام الطفل ولا يعاقب ولا يعير لأن هذه الأشياء هى التى تحدث مضاعفات نفسية خطيرة لدى الطفل .
- ٥ - يستحب تغليف المرتبة بالبلاستيك أو وضع مفرش بلاستيك تحت ملاء السرير حتى يسهل تنظيف السرير .
- ٦ - يمكن إرتداء ملابس داخلية سميكة نسبياً أثناء النوم وذلك بغرض ضمان تدفئة كافية للطفل .

إضطراب التغوط (Encopresis)

تعريفه :

هو نمط من إخراج البراز في أماكن غير مناسبة سواء كان ذلك إرادياً أو لا إرادياً.

معدل الانتشار :

في الأحوال الطبيعية يحدث تحكم في الإخراج في ٩٥% من الأطفال في سن الرابعة وفي ٩٩% من الأطفال في سن الخامسة .

إذن فمعدل الانتشار هو ٥% في سن الرابعة و ١% في سن الخامسة ، وتزيد نسبة حدوثه في الأولاد مقارنة بالبنات بنسبة ٣ : ١ .

الأسباب :

في هذا الإضطراب تتشابك العوامل الفسيولوجية مع العوامل النفسية بطريقة معقدة تستدعي فحصاً للطفل من الناحية الجسمية والنفسية والاجتماعية . ويمكن أن نوجز هذه العوامل فيما يلي :

١ - عدم كفاءة التدريب على التحكم الغائطي ويعتبر هذا العامل من أهم العوامل وهو يظهر في إحدى صورتين التاليتين :

* **التساهل :** حيث لا تهتم الأم بتدريب طفلها على التغوط في المكان المناسب وفي أوقات محددة ، وربما يغريها بذلك وجود الحفاضات (pampers) فالطفل يلبس الحفاضة معظم الوقت وبالتالي لا يتعلم التحكم مهما أمتد به العمر .

* **الشدّة :** فالأم هنا تمارس التحكم الشديد في عملية التدريب على التغوط وبهذا تدخل في صراع مع الطفل فيحدث تثبيت عند المرحلة الشرجية أو يحدث عناد من الطفل ضد ضغط الأم أو يصبح الطفل قلقاً أو محبطاً أو غاضباً أو خائفاً وفي هذه الظروف ربما يكون التغوط في الأماكن غير

المناسبة نوع من العدوان على الأم المتحكمة والمتسلطة . والأم تستجيب بمشاعر متناقضة نحو طفلها فهي تحبه لأنه ابنها وتكرهه لأنه يفعل شيئاً مقززاً ، وهذا الجو يمكن أن يهدئ لاضطرابات نفسية فى المراحل التالية منها العناد والوسواس (خاصة وسواس النظافة) والقلق والإكتئاب .

٢ - **اللكوص** : بمعنى أن يردد الطفل إلى مراحل مبكرة فى النمو النفسى لأنه يتحمل ضغوط المرحلة الحالية .. فبعد أن كان متحكماً فى بوله وبرازه لفترة كافية (سنة أو أكثر) نجده يفقد هذا التحكم مرة أخرى بعد ولادة طفل جديد وإنشغال أمه عنه .

ويحدث هذا الكوص أيضاً إذا أصيب الطفل بمرض أو أدخل مستشفى أو أجريت له عملية جراحية أو عند دخوله الحضانة أو المدرسة .

٣ - **السلس الفيضانى** (overflow incontinence) : فى ٧٥٪ أو أكثر من الأطفال المصابين بإضطراب التغوط يكون هناك حالات إمساك تؤدي إلى إحتجاز السوائل مما يؤدي إلى سلس فيضانى من وقت لآخر .

٤ - وجود اضطرابات نفسية لدى الطفل : مثل القلق أو الخوف أو الإكتئاب أو ضعف القدرات العقلية .

وقد تنتج هذه الإضطرابات عن مشكلات أسرية مثل الشجار الدائم بين الوالدين أو انفصالها أو اضطراب العلاقة بين الطفل وأحد والديه أو كليهما أو الغيرة الشديدة ... إلخ .

٥ - وجود اضطرابات سلوكية : وجد أن بعض حالات اضطراب التغوط تكون مصحوبة بمشكلات نمائية عصبية (Neurodevelopmental problems)

٦ - ضعف التحكم الشرجى : نتيجة مشكلات عصبية أو عضلية ،

٧ - **القولون المتضخم لأسباب نفسية** : (Psychogenic Megacolon) حين يكون التغوط مؤلماً لأى سبب من الأسباب أو حين يصاحبه خوف أو قلق نتيجة المعاملة الجافة من الأم أثناء هذه العملية ، فإن الطفل ينشأ لديه خوف من عملية التغوط ، بهذا يتراكم البراز فى القولون فينتفخ القولون ويفقد حساسيته للضغط الغائطى ، ولذلك لا يشعر الطفل برغبة للتغوط مهما امتلأ القولون . وينتج عن ذلك إحتجاز كمية

كبيرة من البراز الأكثر سيولة خلف البراز المتصلب ، وعندما يزداد ضغط البراز السائل يحدث فيضان غائطي .

الصورة الإكلينيكية والتشخيص : (طبقاً لدليل التشخيص والإحصاء الرابع)

أ - تغوط متكرر في أماكن غير مناسبة (مثل الملابس أو على الأرض) سواء كان إرادياً أو غيد إرادى .

ب - على الأقل يحدث هذا مرة كل شهر لمدة لا تقل عن ثلاثة شهور .

ج - عمر الطفل الزمنى لا يقل عن ٤ سنوات (أو ما يكافئها) فى المستوى النمائى .

د - وهذه الإضطرابات ليس نتيجة مباشرة لتأثير عقاقير (مثل الملينات) أو حالة طبية عامة باستثناء الحالات التى تحدث نتيجة آليات تتضمن الإمساك .

ويقسم إضطراب التغوط إلى أحد النوعين التاليين :

١ - مع إمساك وسلس فيضانى .

٢ - بدون إمساك وسلس فيضانى .

الفحص الطبى والإختبارات المعملية :

على الرغم من عدم وجود إختبار نوعى محدد لتشخيص هذه الحالة فإن على الطبيب أن يقوم بفحص المريض جيداً لاستبعاد (أو إثبات) وجود أسباب عضوية لذلك مثل مرض هوشسبرنج (Hirschsprung Disease) . ومن الأشياء البسيطة فحص البطن لإستكشاف وجود إنتفاخ أو غازات أو سوائل زائدة محتجزة نتيجة وجود إمساك . كما يمكن التأكد من ذلك أيضاً بعمل أشعة على البطن .

وهناك إختبارات لقياس كفاءة العضلات القابضة الشرجية لأن إرتخاء هذه العضلات يمكن أن يودى لضعف التحكم كما أن إنقباضها الشديد يودى إلى إمساك مع سلس فيضانى ، لكن عادة لا نلجأ إلى هذه الإختبارات فى الحالات البسيطة إذا كانت هناك أسباب نفسية واضحة .

التشخيص الفارق :

يجب التفرقة بين هذا الإضطراب الوظيفي وبين إضطرابات عضوية أخرى تؤدي إلى عدم التحكم في التغوط مثل :

١ - مرض هرشسبرنج : وفيه يتضخم القولون نتيجة غياب العقد العصبية (Aganglionic Megacolon) وهنا يفقد الطفل الإحساس بالتبرز ولذلك يتم خروج البراز بالتدفق الفيضاني .

٢ - أمراض عضوية في فتحة الشرج أو القولون : مثل التأثيرات الجانبية لبعض الأدوية أو الإضطرابات العصبية أو اضطرابات الغدد الصماء أو وجود التهابات أو شرج بفتحة الشرج إلخ .

المسار والمآل :

يعتمد مسار ومآل المرض على السبب وعلى الإزمانية وعلى شدة الأعراض وعلى الإضطرابات السلوكية المصاحبة .

وفي كثير من الحالات يتوقف هذا الإضطراب تلقائياً ونادراً ما يستمر حتى سن المراهقة . والحالات التي تستمر غالباً ما يكون فيها مشكلة عضوية تتصل بسلامة وكفاءة العضلات الشرجية القابضة .

المضاعفات :

يؤدي هذا المرض إلى وجود حالة من التوتر لدى الطفل والأسرة وإلى اضطراب العلاقة بينهما ، ويصبح الطفل محل إشمزاز وغضب من والديه وأقرانه ويصبح كبش فداء لكثير من الأشياء أو الأحداث السيئة ، ولهذا نجد إحترامه لذاته يتدهور ، يصاحب ذلك إحساس بالنبذ والدونية والغضب .

وربما يعبر الطفل عن غضبه تجاه الأسرة بمزيد من التغوط وكأنه يعاقبهم على مشاعرهم السلبية نحوه بل ربما تصبح هذه هي الوسيلة الوحيدة التي يعبر بها عن غضبه وأحياناً يبدو الطفل غير مبال بما يحدث أو يكون في حالة أشبه بالتبلد الإنفعالي .

وفي كثير من الأحيان يخشى الطفل الذهاب إلى الرحلات المدرسية أو زيارة

الأقارب فيزيد ذلك من عزله وربما إكتنابه .

العلاج :

عند قدوم الأسرة والطفل للعلاج يلزم تخفيف حالة التوتر والغضب لدى الأسرة والحد من التوجيهات العقابية تجاه الطفل . وعلى الجانب الآخر يحتاج الطفل فى نفس الوقت لتخفيف مشاعر الذنب والخجل والقلق والغضب . وهذا يستدعى توضيح الأمور للطرفين بشكل مبسط وتصحيح المفاهيم الخاطئة والتوجيهات الخاطئة بهذا الإضطراب قبل البدء فى العلاج .

وإذا كان الطفل يعانى من إمساك مع سلس فيضانى (وهذا يشكل أكثر من ٧٥% من الحالات) فيحسن إستخدام ملين بجرعة مناسبة مع تنظيم أوقات دخول الحمام ، أما إذا لم يكن هناك إمساك فيكفى تنظيم أوقات دخول الحمام .

ويصاحب ذلك برنامج للعلاج السلوكى بهدف تدعيم ضبط التغوط فى أوقات منتظمة وجعل عملية التغوط عملية بسيطة يشعر أثناءها الطفل بالإرتياح وبعدها بالتشجيع والمكافأة المناسبة .

وفى الحالات التى يعانى فيها الطفل من حالات قلق أو إكتئاب أو غضب فإن للعلاج النفسى التدميى وتمارين الإسترخاء أثر جيد فى تحسين الحالة النفسية للطفل . ولا ننسى العلاج الأسرى فى الحالات التى نلاحظ فيها إضطرابات أسرية مؤثرة سواء كانت سبباً أو نتيجة لإضطراب التغوط .

التخلف العقلي

تمثل حالات التخلف العقلي ١ ٪ من المجتمع ، وهي تختلف في درجاتها فهناك التخلف العقلي البسيط والمتوسط والشديد ، وفي كل الحالات تكون هناك ثلاث مشكلات أساسية :

الأولى :

وظائف عقلية منخفضة أو ما نعبر عنه بإنخفاض مستوى الذكاء وهذا الإنخفاض يمكن قياسه بواسطة إختبارات الذكاء المعروفة وعلى أساس مستوى الذكاء يمكن تحديد خطة العلاج للطفل المتخلف وكيفية تأهيله وهذه الوظائف العقلية المنخفضة تكون ناتجة عن عطب في المخ ، وفي أغلب الأحيان يكون هذا العطب دائم ولا يسهل تغييره .

الثانية :

إنخفاض في الوظائف التكيفية : أى أن الطفل ذو الوظائف العقلية المنخفضة يعجز عن التكيف مع الواقع خاصة إذا كانت توقعات المحيطين به أكبر من إمكانياته العقلية .

الثالثة :

إضطرابات أخرى مصاحبة : كالصرع ، أو الذهان أو ضعف الإنتباه أو اضطراب السلوك أو التبول اللاإرادي .. الخ .

والطفل المتخلف يمثل عبئاً نفسياً واجتماعياً على الأسرة في حالة رفضها لهذه الإعاقة ، وعدم تقبلها للطفل .

وهناك موقف آخر أكثر إنسانية يتقبل الطفل بإعاقته ويحاول مساعدته بشكل واقعى يقدر عليه الطفل .. ومحاولات العلاج لا تستطيع كثيراً تحسين الوظائف العقلية . ولكنها تستطيع أن تساعد على تحسين الوظائف التكيفية بما يضمن قدرة الطفل على التعامل الأفضل مع البيئة وذلك بتدريبه على العناية بنظافته الشخصية

القيام ببعض الأعمال المفيدة كشراء إحتياجاته ، وإستخدام التليفون والقيام ببعض الأعمال البسيطة والمفيدة ... إلخ .

هذا بالإضافة إلى علاج الاضطرابات المصاحبة كعلاج الصرع أو الذهان أو ضعف الإنتباه .

،هناك بعد آخر للتعامل مع الطفل المتخلف ، فيجب أن يتقبل الأبوان هذا الطفل بحالة من الرضا لأن حكمة الله إقتضت ذلك ، والطفل المتخلف له عطاء غير منظور فى الأسرة فهو ربما يكون مصدراً للبركة والرحمة تنزل عليهم من الله بسبب رعايتهم لهذا الطفل ، وأن ضعف هذا الطفل يفجر مشاعر العطف والحنان والرعاية والمسؤولية نحوه فيكتسب أفراد الأسرة القدرة على رعاية الضعيف .

ورعاية الطفل المتخلف (أو الشخص الضعيف عموماً) تعتبر من مقاييس حضارة الأم ، فالحضارة فى رأى كثير من العلماء تقاس بمدى رعايتها للضعيف ، والرسول صلى الله عليه وسلم كان كثيراً ما يوصى بالضعفاء ، وهى أيضاً وصية الأنبياء جميعاً عليه السلام .

ولا ينسى الأبوين العطاء الأخرى الذى ينتظرهم نتيجة رعايتهم للطفل المتخلف فربما يكون هو سبب دخولهم الجنة وبذلك يكون أكثر إفادة لهم من بقية أخواته الأذكىاء .

والطفل المتخلف لديه قدرات جسمانية كبيرة يمكن الإستفادة منها ولديه قوة على التحمل والمثابرة ربما لا تتوفر للأذكىاء ، فإذا أمكن توظيف هذه القدرات كان نافعا لنفسه ولأسرته .

إضطرابات التعلم

التعريف : هي نقص في إكتساب المهارات المتوقعة في القراءة أو الكتابة أو التحدث أو الإنصات أو التفكير المنطقي أو الرياضيات ، مقارنة بأطفال في نفس السن ولديهم نفس مستوى الذكاء .

وصعوبات التعلم ليست نادرة فهي تصيب حوالي ٥% من أطفال المدارس .

وتؤثر إضطرابات التعلم تأثيراً واضحاً على المستوى الدراسي للطفل (على الرغم من كونه يتمتع بذكاء عادي) وتؤدي إلى شعوره بالإحباط والدونية وإلى إضطراب تكيفه مع المجتمع الدراسي ومع الأسرة ويمكن أن تدفعه للتهرب من الدراسة .

وقد يصاحب هذه الاضطرابات حالات ضعف الإنتباه / زيادة الحركة أو حالات اضطرابات السلوك .

إضطراب القراءة :

يعرف اضطراب القراءة (طبقاً للدليل التشخيصي الرابع المعدل DSM-IV-TR) بأنه مستوى من الإنجاز في القراءة أقل مما هو متوقع في مثل سن الطفل وتعليمه وذكائه ، وأن الإعاقة في القراءة تشكل صعوبة واضحة في الأداء الأكاديمي (المدرسي) وفي النجاح في الأنشطة اليومية التي تكون القراءة جزءاً منها .

وإذا كانت هناك إصابات في الجهاز العصبي أو إضطرابات في الحواس فإن الصعوبة في القراءة تتجاوز ما هو متوقع في مثل تلك الحالات . والطفل هنا يجد صعوبة في التعرف على الكلمات ، وإذا قرأ فيكون بشكل بطئ وقرائه مليئة بالأخطاء، ولا يفهم ما يقرأ جيداً .

ويلاحظ أن الأطفال المصابين بضعف الإنتباه / زيادة الحركة يكثر بينهم إضطراب القراءة .

معدل الانتشار:

تتراوح نسبة إنتشار إضطراب القراءة من ٢ إلى ٨ ٪ من أطفال المدارس ، وتزيد النسبة في الذكور مقارنة بالإناث (٤ : ١) .

الإمراضية المصاحبة:

يصاحب إضطراب القراءة عدد من الإضطرابات الأخرى نذكر منها : ضعف الإنتباه / زيادة الحركة (في ٢٥ ٪ من الحالات) ، إضطراب السلوك ، الإكتئاب ، القلق ، السلوك العدواني .

الأسباب:

لا يوجد سبب واحد مؤكد لهذا الإضطراب ، وإنما توجد عدة عوامل متضافرة مثل العوامل الجينية (إضطراب في الجين ٦ والجين ١٥) ، والعوامل النمائية (العدوى أثناء الحمل) أو العوامل البيئية (صعوبات الولادة أو إصابات المخ) .

وفي معظم الحالات تكون هناك صعوبة في مهارات معالجة الإضطراب (deficitin phonological processing skills) ، فهؤلاء الأطفال لا يستطيعون التعرف بدقة وكفاءة على أجزاء الكلمات وبالتالي لا تتكون لديهم برمجة صوتية سليمة .

ووجد أن بعضهم يكون لديه غموض في سيادة أحد فصى المخ أو أن الإتصال بين الفص الأيمن والفص الأيسر تشوبه بعض الإعاقات .

العلاج:

يستحب أن يبقى هؤلاء الأطفال في الفصول العادية مع إعطائهم حصصاً إضافية لتحسين مهارات القراءة ، وهناك عدة برامج لتحسين تلك المهارات أهمها ذلك البرنامج الذى يقوم على الربط الصحيح بين الحرف والصوت ثم ينتقل بعد ذلك للربط الصحيح بين الكلمة والصوت وأخيراً الربط بين الجملة والصوت .

ولا ننسى تعليم الطفل المهارات الإجتماعية التى تنقصه بسبب هذا الإضطراب، ولا ننسى الإهتمام بالآثار النفسية السلبية التى لحقت به نتيجة صعوبات القراءة .

إضطرابات الحساب :

وفيها نرى صعوبة لدى الطفل في تعلم وتذكر الأرقام ونجد بطلاً وعدم دقة في العمليات الحسابية . وهذه المشكلات تنشأ عن ضعف أو إضطراب في مهارات أربع هي:

- ١ - المهارات اللغوية : المختصة بفهم المصطلحات الحسابية وتحويل المشكلات المكتوبة إلى رموز حسابية .
- ٢ - المهارة الإدراكية : وهي القدرة على التعرف على فهم الرموز مثل الجمع ، الطرح والضرب والقسمة وغيرها .
- ٤ - مهارة الإنتباه : فالإنتباه ضرورى لنسخ الأرقام بدقة ومتابعة العمليات التي تستخدم الرموز بكفاءة .

ويشخص إضطراب الحساب بوجود خلل في القدرات الحسابية لا يتناسب مع ما هو متوقع من عمر الطفل ومستواه الدراسي ودرجة ذكائه . وهذا الخلل يقاس بواسطة مقاييس فردية مقننة ، هذا الإضطراب يؤثر على الأداء المدرسى وعلى الأنشطة الحياتية اليومية . وفي حالة وجود أى خلل عصبى أو حسى فإن الصعوبات الحسابية الموجودة تتجاوز ما هو متوقع من هذا الخلل .

معدل الإنتشار :

لو أخذنا إضطراب القدرات الحسابية منفصلاً يمثل حوالى ١٪ من أطفال المدارس . ، فى بعض الدراسات وجد أن ٦٪ من أطفال المدارس يعانون صعوبات بدرجات مختلفة فى القدرات الحسابية والتي ربما لا ترقى كلها لدرجة إضطراب القدرات الحسابية الذى سبق وصفه .

وغالبا ما يوجد هذا الإضطراب ومعه إضطرابات تعليمية أخرى ، وهو أكثر فى الإناث عنه فى الذكور .

الامراضية المصاحبة :

كما قلنا فإن إضطراب القدرات الحسابية يمكن أن يكون مصاحباً بإضطرابات

تعليمية أخرى مثل اضطراب القراءة أو اضطراب الكتابة . وهؤلاء الأطفال تزيد نسبة إصابتهم باضطراب اللغة التعبيرية أو اضطراب اللغة الإدراكية أو اضطراب التأزر النمائي .

الأسباب :

ربما تلعب الجينات دوراً ولو جزئياً في إحداث اضطراب الحساب .

وكانت هناك نظرية قديمة تقول بأن هذا الإضطراب يتسبب عن خلل في نصف المخ الأيمن خاصة في الفص الفقري حيث أن هذه المناطق مسؤولة عن معالجة المؤثرات البصرية المكانية . ولكن الدراسات النفسية الفسيولوجية لم تثبت صحة هذه النظرية .

وحالياً يسود اعتقاد بأن هذا الإضطراب يكمن خلفه عوامل متعددة : نمائية ومعرفية ووجدانية وتعليمية وإجتماعية وإقتصادية ... إلخ .

المسار والمآل :

الحالات الخفيفة ومتوسطة الشدة تعاني بعض الصعوبات خاصة في المراحل الدراسية الأولى . أما الحالات فوق المتوسطة والشديدة فإنها تعاني فشلاً دراسياً وربما تحدث مضاعفات مثل رفض الذهاب للمدرسة أو الهرب منها أو إضطرابات التكيف والسلوك .

العلاج :

وهناك محاولات عديدة للعلاج منها الربط بين تعلم مفاهيم الحساب وبين ممارسة حل المشكلات مع استخدام كروت للأرقام أو أرقام بارزة أو خشبية ، مع ألعاب كمبيوتر .

ووجد أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف المهارات الإجتماعية لذلك يدخلون من السؤال عما لا يعرفونه لذلك يجب الإهتمام بقدراتهم ومهاراتهم الإجتماعية ووجد أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف المهارات الاجتماعية .

إضطراب الكتابة :

هو إضطراب في التعبير بالكتابة لا يتناسب مع عمر الطفل أو مستواه الدراسي أو ذكائه ، ويؤثر في أدائه الدراسي وفي حياته اليومية .

واضطراب الكتابة له عدة مكونات هي : الإضطراب فى الهجاء (نطق الحروف والكلمات) ، أخطاء فى قواعد اللغة ، أخيراً سوء خط اليد .

معدل الانتشار :

يوجد هذا الإضطراب فى حوالى ٤% من أطفال المدارس ، ويكثر فى الأولاد مقارنة بالبنات بنسبة ٣ : ١ (تقريباً مثل إضطراب القراءة) .

وغالباً ما يحدث إضطراب الكتابة مصاحباً لإضطراب القراءة ، إن كان الأخير يظهر مبكراً .

الإمراضية المصاحبة :

الأطفال المصابون بهذا الإضطراب يكونون أكثر عرضة لإضطرابات أخرى مثل إضطراب القراءة واضطراب الحساب واضطرابات اللغة الإستقبالية والتعبيرية .

وتكثر أيضاً احتمالات وجود ضعف الإنتباه / زيادة الحركة وضعف المهارات الإجتماعية .

وهؤلاء الأطفال كنتيجة لذلك ربما يصابون بالشعور بالدونية أو بحالات من الإكتئاب .

الأسباب :

تقريباً مثل إضطرابات القراءة .

المسار والمآل :

يعتمدان على شدة الحالة وعلى المرحلة العمرية والدراسية التى تم فيها إكتشاف المرض وعلاجه ، ومدى جدية العلاج وإستمراره .

العلاج :

يقوم بذلك مدرسون متخصصون يراعون صعوبات الطفل فى الهجاء وقواعد اللغة وخط اليد ، ويبدأ التدريب من خلال علاقة ودية بين المدرس (المدرب) وبين الطفل لكى يتم التدريب فى حالة من الإرتياح والتشويق والصبر .

ويجب أن يراعى ما يعانىه هذا الطفل من إضطرابات نفسية أو إضطرابات توافق مصاحبة أو ناتجة عن الإضطراب . ويقوم بذلك معالج نفسى متخصص .

إضطرابات الأكل

تتضمن إضطرابات الأكل في فترة الرضاعة والطفولة المبكرة ما يلي : أعراض نقص الغذاء الذي يتناوله الطفل ، والإجترار وإعادة مضغ الغذاء ، التناول المتكرر لمواد غير صالحة للأكل .

والأكل عملية فسيولوجية يمكن أن تتم بشكل طبيعي وتلقائي وهادئ خاصة وأن الطفل لديه دوافع مبكرة للحفاظ على الذات مدفوعة بعوامل بيولوجية ونفسية عديدة وعميقة ، وأنه لو ترك دون ضغوط أو تدخلات غير مناسبة فإنه يحصل على إحتياجاته من الأكل بشكل طبيعي .

وبما أن وظيفة الأكل في فترة الرضاعة والطفولة المبكرة تتم عن طريق الوالدين (خاصة الأم) لذلك فإن كثيراً من إضطرابات الأكل تحدث نتيجة إضطراب العلاقة مع أحد الوالدين أو كليهما ، كأن تصر الأم على أن يأكل الطفل كميات معينة أو أنواع معينة من الطعام في أوقات محددة لذلك يرفض الطفل هذا التحكم وهذا القهر وتصبح عملية الأكل ميداناً للصراع بينه وبين أمه خاصة إذا وجد الأم تتأثر وتضطرب نتيجة لإضطراب أكله فهذا يعطيه شعوراً بأنه أصبح يسيطر على الأم من خلال موضوع الأكل فيتمادى في ذلك لأن الطفل يسعد بأن يكون محور الإهتمام من الأم أياً كان شكل هذا الإهتمام ودوافعه ونتائجه .

وقد ورد إضطراب الأكل في التقسيم التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل مرجعياً DSM_IV_TR وهو يتضمن التالي :

- ١ - تناول مواد غير صالحة للأكل (بيكا) (PICA) .
- ٢ - إضطراب إجترار الطعام .
- ٣ - إضطراب التغذية في مرحلتى الرضاعة والطفولة المبكرة ولناخذها بشئ من التفاصيل .

.....

١ - إضطراب تناول مواد غير صالحة للأكل (PICA)

والخصائص التشخيصية لهذا الإضطراب تتضمن :

- (أ) التناول المستمر لمواد غير مغذية لفترة لا تقل عن شهر .
 (ب) تناول المواد غير المغذية غير متناسب مع مستوى النمو .
 (ج) سلوك الأكل ليس جزءاً من الممارسات الثقافية (أى ليس معتاداً فى البيئة التى يعيش فيها الطفل) .

(د) وهذا الإضطراب ليس بسبب اضطراب نفسى آخر مثل التخلف العقلى أو إضطرابات النمو الشاملة أو الفصام .

وفى هذا الإضطراب نجد الطفل يأكل الطين أو التباشير أو قطع الأثاث أو الزجاج أو الملابس أو مخلفات الحيوان أو الإنسان أو الرمل أو غيرها .

وبعض الدراسات تعزو هذا الاضطراب إلى نقص الإشباع الغذائى أو العاطفى من جانب الأم ، وبعضها الآخر يفسر أكل تلك المواد الغريبة بنقص لبعض العناصر الغذائية لدى الطفل يحاول إكمالها بتناول هذه الأشياء الغريبة .

والعلاج يكون إرشادياً للأسرة بتحسين الجو الذى يعيش فيه الطفل وتحقيق الإشباع الغذائى والعاطفى ، وأحياناً يكون نفسياً للطفل أو للأم أو لكليهما .

٢ - إضطراب الاجترار :

وتتلخص الخصائص التشخيصية لهذا الإضطراب فيما يلى :

(أ) تكرار إسترجاع الطعام وإعادة مضغاً لمدة لا تقل عن شهر بعد فترة من السواء .

(ب) هذا الإضطراب ليس بسبب حالة مرضية فى الجهاز الهضمى أو حالة مرضية عامة (مثل الإرتجاع المريئى) .

(ج) هذا الاضطراب ليس بسبب الفهم العصابى أو الشره العصابى .

ويجب أن نفرق هذه الحالة من حالات بسيطة مشابهة تحدث فى كثير من الرضع والأطفال حيث يتم ترجيع جزء بسيط مما رضعه الطفل وتسميه الأمهات

كشط، لا يؤثر في وزن الطفل أو حالته الصحية ، أما الإجتزاز فهو يؤدي إلى فقد الوزن أو الفشل في الوصول إلى الوزن المتوقع لمرحلة عمرية معينة .

وقد لوحظ أن أمهات هؤلاء الأطفال يكن غير ناضجات ولديهن إضطرابات إنفعالية كثيرة وعلاقات مضطربة بأزواجهن ، وكننتيجة لذلك يشعر الطفل بالحرمان فيجتر الطعام ويعيد مضغاً وابتلاعه كتعويض عن نقص مشاعر الحب والإهتمام .

وهناك دراسات أخرى تفسر الاضطراب على خلفية بيولوجية مثل إضطراب في المعدة والمرئ يسبب إرتجاع الطعام . وهذا الإضطراب يمكن أن يكون لمرض في المعدة أو المرئ أو نتيجة لإشارات عصبية مضطربة تصل إليها من جهاز عصبى مضطرب .

والعلاج يتوجه نحو الإهتمام بالحالة الجسمانية للطفل وأعراض نقص التغذية إضافة إلى تهيئة بيئة عائلية مناسبة ، وتوجيه الإهتمام نحو الأم ومساعدتها في حل مشكلاتها النفسية والاجتماعية .

وهناك طرق سلوكية لإطفاء سلوك الإجتزاز مثل وضع مادة لاذعة في فم الطفل عند حدوث الإجتزاز (مثل عصير الليمون بدون سكر أو أى عصير حمضى آخر) .

٣ - اضطراب التغذية لدى الرضع وصغار الأطفال .

وتتلخص خصائص هذا الاضطراب فى التالى :

- (أ) إضطراب التغذية كما يتبين فى الفشل المستمر فى تناول الطعام الكافى مع فشل واضح فى إكتساب الوزن أو فقد واضح للوزن فى فترة لا تقل عن شهر .
 - (ب) هذا الإضطراب ليس بسبب حالة مرضية فى الجهاز الهضمى أو حالة طبية عامة (على سبيل المثال : الإرتجاع المرئى) .
 - (جـ) وهذا الإضطراب ليس بسبب إضطراب نفسى آخر (مثل الإجتزاز) وليس بسبب نقص الطعام المتاح .
 - (د) وبداية المرض تكون قبل سن ٦ سنوات .
- فهؤلاء الأطفال لا يتناولون كفايتهم من الطعام وبالتالي لا يصلون إلى الوزن

المناسب لعمرهم ، ولا يوجد سبب طبي واضح لذلك .

ويبلغ معدل حدوث هذا الإضطراب حوالي ٣٪ من الرضع والأطفال .

ومعظم الأطفال يمرون ببعض المشكلات في التغذية في السنة الأولى من العمر ولكن مع التعامل الهادئ والجيد تمر هذه المشكلات دون أن تتطور لإضطراب تغذية ودون أن يؤثر ذلك في معدل النمو تأثيراً واضحاً .

وقد لوحظ أن ٧٠٪ من الأطفال الذين يعانون من إضطراب التغذية تكون لديهم أيضاً مشكلات ولو بدرجة أقل في التغذية في المراحل التالية من العمر .

ويكون العلاج بتقييم التفاعل بين الطفل والأم بهدف معرفة وتصحيح الأخطاء في ذلك التفاعل مع تعليم الأم إحتياجات الطفل من الغذاء ومساعدتها للسيطرة على قلقها تجاه تغذية الطفل ، ذلك القلق الذي يدفعها للضغط على الطفل لتناول غذائه وهذا ما يجعل الطفل يأخذ موقفاً معانداً أو يعطيه رسالة بأن مسألة الغذاء تصلح لجذب اهتمام الأم والسيطرة على مشاعرها .

اضطرابات اللازمة

Tic Disorders

تعرف اللازمة على أنها إنقباضة عضلية سريعة ومتكررة ينتج عنها حركة أو صوت يخبرها الشخص وكأنها لا إرادية .

واللوازم توجد في الأطفال والمراهقين بشكل متقطع وإحياناً دائم .

وعلى الرغم من أن اللازمة تبدو لا إرادية إلا أن بعض الأشخاص يستطيعون ضبطها لبعض الوقت وتقسّم اللوازم إلى أربعة أنواع :

١ - اضطراب توريت : وهو يتكون من لوازم حركية وأخرى صوتية . وهي تحدث مرات عديدة في اليوم لمدة تزيد عن سنة .

٢ - اضطراب اللازمة الحركية أو الصوتية المزمن : وهنا توجد إما لازمة حركية أو صوتية ، لكن لا يوجد الإثنان معاً . وتحدث اللازمة مرات عديدة في اليوم لمدة تزيد عن سنة ، وتحدث قبل سن ١٨ سنة .

٣ - اضطرابات اللازمة العابرة : ويتميز بوجود لازمة واحدة ، أو متعددة ، حركية أو صوتية أو كل يوم لمدة لا تقل عن أربعة أسابيع ولا تزيد عن ١٢ شهر متواصلة ، وتحدث قبل سن ١٨ سنة .

٤ - اضطراب اللازمة غير المصنف في مكان آخر : وهي اللوازم التي لا تنطبق عليها الخصائص السابقة كأن تكون مدتها أقل من أربعة أسابيع أو تحدث بعد سن ١٨ سنة .

وأسباب اللوازم ترجع إلى عوامل جينية وأخرى كيميائية (اضطراب الدوبامين في المخ) وأخرى في جهاز المناعة ، هناك أسباب نفسية مثل حالات القلق والتي يعبر عنها الطفل باللازمة الحركية أو الصوتية ، فإذا جذبت هذه اللوازم الأبوين سواء بشكل سلبي أو إيجابي فإن ذلك يؤدي إلى تعزيز هذه اللوازم .

وتظهر اللوازم في صور كثيرة منها حركة مفاجئة ومتكررة وغير منتظمة في

الرقبة أو فى الكتف ، أو فى العين أو عضلات الوجه أو أحد الأطراف ، أو صوت نححه أو تنظيف للحلق أو ترديد كلمة أو مقطع من كلمة من وقت لآخر . والطفل يكون مدركاً لها ولكنه لا يستطيع التوقف عنها بالكامل وإن كان يستطيع تأجيلها فى ظروف معينة لبعض الوقت .

واللازمة إن كانت حديثة العهد فعلاجها هو إهمالها حتى لا تكون وسيلة لجذب الإنتباه . أما فى الحالات المرضية أو الشديدة فيعطى المديض علاجاً كيميائياً مثل الهالوبيريدول (Haldol) والترافلوبيرازين (stelasil) والبيموزيد (Orap) والأوتزابين (Zyprexa) ومجموعة إسترداد السيروتونين النوعية (SSRIS) إضافة إلى العلاج النفسى خاصة فى الحالات المزمنة ، أو العلاج السلوكى .

الباب الثالث

صور من العيادة النفسية

أحزان الطفولة

دخلت الطفلة الصغيرة ذات الأعوام السبعة ، ضئيلة الجسم ، دقيقة الملامح ، إلى العيادة النفسية بصحبة أביها وهي تبكي بكاءً تنقطع له القلوب ، وتتحرك في الحجرة بقلق شديد بين أبيها وأمها طالبة منهما السماح وهي تردد :

« أنا مت يا بابا .. أنا مت يا ماما .. ماتزعلوش علشانى ... أنا خايفة تموتوا أنتوا كما .. سامحونى لو كنت أنا السبب ، .

وفشلت كل محاولات الأم ولأب (التلقين المضطربين) فى تهدئة هذه الصغيرة الباكية الخائفة النادمة الحزينة ، ووسط هذا الجو بدأت الأم تتكلم :

« إبنى فى الصف الثانى الإبتدائى فى إحدى مدارس اللغات الممتازة ، وهى الأولى دائما منذ كانت فى الحضانة ، ودائماً تحصل على الدرجات النهائية فى كل العلوم لأنها ذكية جداً ، وأنا ووالدها دائما معها نذاكر لها كل شئ ونراجع معها كلمة بكلمة ، هذا بجانب المدرسين الخصوصيين ، وكنا سعداء جداً بها ، ولكن منذ أسبوع ظهرت نتيجة إمتحان الشهر وكانت مفاجأة « فاجعة ، لنا جميعاً فقد نقصت درجتين فى مادة الحساب ، ولم يكن ذلك متوقفاً أبداً منها ، لذلك خاصمها أبوها ولمتها أنا ، وذهبنا لإدارة المدرسة لتتأكد أنه لم تحدث مشكلة أو خطأ فى رصد الدرجات . المهم تجاوزنا هذه المشكلة بعد أن اتفقنا على ما يجب عمله حتى لا يتكرر هذا مرة أخرى فى المستقبل ، ولكننا فوجئنا بها لا تريد الإستيقاظ فى الصباح ، وإذا ألحنا عليها تصحو وهى تشكو ألماً شديدة فى بطنها مع إسهال وقئ ، ولا تريد أن تذاكر أو أن تحضر الدروس الخصوصية ، وتبكي طوال الوقت وتدعى أنها ماتت ، وأننا سنموت جميعاً ... ورفضت الطعام وأصبحت ساعات نومها قليلة وتدهورت صحتها بشكل سريع خاصة أنها كانت ضعيفة الجسم من البداية . ولست أدري سبباً لهذا فأنا معها طول الوقت وهى لا ينقصها أى شئ وقد تركت عملى كطبيبة وتفرغت لها تماماً ؟؟

ويسؤال الأب عن الجو العام للبيت تحدث بفخر « نحن والحمد لله أسرة مثالية لا توجد لدينا أية مشاكل على الإطلاق فأنا ووالدتها متفرغين لها تماماً ، وحياتنا تسير بشكل منظم ومنضبط جداً ، فعلى كمهندس كمبيوتر علمنى أن أفعل كل شئ بمنتهى

الدقة، النظام، فعندما أصبح من نومي في الخامسة صباحاً أكتب البرنامج اليومي لى ولزوجتى وأبنتى بالساعة والدقيقة، وهذا يجعل الأمور تسير بشكل محسوب ومرتب، وليس هناك فرصة للإضطراب والفوضى فى أسرتنا، وقد تعلمت ذلك من أبى رحمه الله، وكان لذلك أثر كبير فى نجاحى فى حياتى أنا وإخوتى، فنحن أسرة لا نعرف الخطأ أو الفشل، ونحمد الله على ذلك .

ثم تدخلت الأم فى الحديث وكأنها وجدت الفرصة مواتية لتخرج ما فى صدرها فقالت: « هذه هى المشكلة يادكتور، فالبيت عندنا يسير بنظام عسكري صارم، فلا يتكلم أحد أو يتحرك إلا بحساب... تصور لكى تنتقل هذه الطفلة الصغيرة من حجرة إلى حجرة أخرى لا بد وأن تفكر ألف مرة قبل أن تفعل هذا!!!... والويل لها لو تحركت بسرعة فاصطدمت بشئ أو كسرت شيئاً!!.. وغير مسموح لها أن تلمس أى لعبة من لعبها إلا فى وقت محدد وهو نصف ساعة يوم الخميس من كل أسبوع!!.. وبيتنا لا يعرف الترفيه أو اللعب، فكل شئ موجه نحو هدف واحد هو العمل والإنجاز!!..» .

ومن خلال القراءة الدينامية لهذه الحالة يتضح أنها حرمت من كل إحتياجات الطفولة فى سبيل تحقيق أهداف الأب العالية من خلال نظام صارم لا يسمح بأى نسبة خطأ أو تقصير لذلك فقدت هذه الطفلة براءتها وتلقائيتها وبساطتها وحقها فى المغامرة والخطأ والترفيه واللعب.. بإختصار فقدت إنسانيتها وطبيعتها كطفلة وأصبحت أداءه لتحقيق أحلام الأب فى التفوق والتميز والإنضباط، وكانت هى متكيفة إلى حد ما مع طبيعة أسرتها وكان العائد المعنوى الذى تجده نتيجة تفوقها يعوضها عن حرمانها من حقوقها الطفولية. ولكن حين نقصت درجتين فى مادة الحساب شعرت أنها انتهت (ماتت) لأن الأسرة تتعامل معها على أنها مجرد كائن متفوق يحقق أعلى درجة من الإنجاز دراسى. فإذا لم يتحقق ذلك فإن هذا يعنى نهايتها (موتها) .

وبما أن كل أحلام واهتمامات الأب (والى حد ما الأم) متجهة نحو الإنجاز والتفوق فإن نقص درجتين فى الحساب يعنى تهديداً لكيانهما، أو لحياتهما، لأن حياتهما لا تساوى شيئاً بدون تحقيق أقصى درجات التفوق. ومن هنا نفهم تعبيرات هذه الطفلة الحزينة وهى تعلن أنها ماتت وأنها تخاف لأن أباهما وأمها سوف يموتون، ونفهم أيضاً شدة اكتئابها لأنها فقدت كل شئ عندما اهتز تفوقها وكأنها أصبحت كائن دراسى ليس له أى قيمة إلا بمقدار ما يحقق من إنجاز دراسى. ولما كانت قيم الأسرة لا تسامح فى أى نسبة من الخطأ أو النقصان لذلك وجدنا الطفلة لا تستطيع أن تسامح

نفسها في نقص درجتين في مادة الحساب لذلك دخلت إلى هذا المأزق الإكتئابي العدمي هذا الأمر بالنسبة لها (كما هو الحقيقة بالنسبة لأبويها) كارثة لا يمكن الخروج منها .

ويبدأ العلاج بمحاولة السيطرة على أعراض القلق والإكتئاب الحادة لدى الطفلة باستخدام بعض مضادات القلق والإكتئاب بجرعات صغيرة مناسبة لهذا السن لكي تستعيد قدرتها على النوم والإستقرار وتناول الطعام ، وبمجرد أن تحقق هذا الهدف كان من الضروري أن يبدأ ما يسمى « بالعلاج الأسرى » وهو عبارة عن جلسات علاج نفسى تشمل كل أفراد الأسرة بهدف إعادة الإستبصار بمفاهيم وتصورات كل أفراد الأسرة عن أنفسهم وعن علاقاتهم وأهدافهم ، وتأثير ذلك على صحتهم واستقرارهم وتطورهم سلباً وإيجابياً . وفي هذه الحالة بالتحديد كان المطلوب هو أن يعرف الأبوين أن طفلتهما لديها إحتياج حقيقى وأصيل للعب والترفيه والحب والحنان والتفانيّة ، ولديها الحق في المحاولة والخطأ وتحتاج إلى مساحة كبيرة من الحرية والتسامح والتقبل ثم يأتى ذلك الإنجاز الدراسى المتوافق مع قدرتها وميولها ولا يكون ذلك الإنجاز بديلاً لكل ما سبق أو مكافئاً لحياة الطفلة وسعادتها وتلقائيتها وبراءتها ، وأن الإهتمام بالجوانب الوجدانية والجوانب الإنسانية يجعل العملية التعليمية تساهم في تطور وتكامل شخصية الطفل دون أن تسحقها أو تقهرها .

الطفل التوحدي

لاحظت منذ طفولته المبكرة أنه مختلف عن بقية إخوته السابقين فهو لا ينتظر إلى حين أدايعه ولا يبتسم أو يضحك إلا نادراً ، وعينه تنظران في اللاشئ وليس فيها بريق الطفولة الذي اعتدته عند إخوته السابقين . وقد تأخر في نمو الأسنان وفي الجلوس والمشي ، ولكن أكثر ما أفلقنا هو تأخره في الكلام ، فقد ظل حتى سن الخامسة لا يقول إلا كلمات قليلة ، وحتى هذه الكلمات القليلة تكون خالية من المعنى : مثل نظرتة الزجاجية الخالية من المعنى وهو لا يلعب مع إخوته ولا مع أطفال العائلة ودائماً يجلس في أحد أركان البيت وحيداً ووجهه للحائط ويقوم بحركات نمطية متكررة ليس لها مدلول معين كأن يحرك رأسه للأمام وللخلف أو يصفق بيديه بدون سبب أو يأخذ أوضاعاً غريبة في مشيته أو وقوفه أو جلوسه . وقد حاولنا مرات عديدة أن نجذبه إلى بقية الأطفال ولكنه كان يرفض بعناد شديد . حتى لعب الأطفال لا يهتم كثيراً بها ولا يتعلق بها فسرعان ما يلقيها بعيداً ليجلس مع نفسه طول الوقت .

والغريب أنه لا يتعلق بأى شئ مثل الأطفال فلا يطلب شيكولاتة أو حلوى أو لعبة ، ولا يتعلق بأبيه حين يخرج إلى الشارع أو إلى الصلاة كما كان يفعل إخوته ، أى أنه ليست له أية مطالب .

وحياته عبارة عن طقوس ثابتة وعادات محددة لا يستطيع ولا يقبل تغييرها أبداً فهو يجلس في مكان محدد ويأكل بطريقة معينة ويتعامل مع أشياء قليلة جداً في البيت ولا يقبل أى تغيير . وعندما انتقلنا من شقتنا القديمة إلى شقة أوسع عانى معاناه شديدة حتى تأقلم على المكان الجديد فهو يريد أن تستمر الأمور على ما هي عليه .

والآن نفكر في دخوله المدرسة ، ولكنه فشل في الذهاب إلى الحضانه حيث كان يجلس وحيداً ولا يتكلم ولا يشارك في أى شئ ، ولسنا ندري ماذا نفعل معه علماً بأننا نشعر أن ذكاه عادى جداً ولكنه غير قادر على إستعماله .

التعليق على الحالة :

نحن أمام حالة إضطراب نفسى تسمى « التوحد » أو « الذاتوية » ونسبة حدوثها في الأطفال خمسة لكل عشرة آلاف طفل ، وكنا لا نراها كثيراً في مجتماعتنا العربية

وقد ساد إعتقاد أنها حالة مرضية منتشرة أكثر في الغرب على اعتبار أننا نتعامل مع أطفالنا بقدر كبير من المشاعر والمداعبة والتفاعل في حين أن الأم في الغرب مشغولة بعملها وحياتها ولا تحمل طفلها كثيراً ولا تداعبه كثيراً فينشأ فاقداً القدرة على التفاعل اللفظي والوجداني ولكن الأبحاث العلمية الدقيقة أثبتت أن هذا المرض موجود في كل المجتمعات ولكن يبدو أنه لم يكن يكتشف عندنا نظراً لقلّة عدد الأطباء النفسيين وقلّة دراية التخصصات الطبية الأخرى به ، وأثبت أيضاً هذه الأبحاث أنه لا توجد اختلافات بين أسر الأطفال التوحديين وأسرة الأطفال العاديين بدليل أنه يوجد أخوه عاديين للطفل التوحدي ، إذن فاتهم الأم أو الأب بأنهما السبب في المرض لم يعد له ما يبرره .

وقد إتضح في السنوات الأخيرة أن مرض التوحد ينتج عن خلل تركيبى وخلل كيميائى فى المخ بعضها معروف وبعضها الآخر لم يكتشف بعد ، وهذا الخلل يؤثر فى وظائف اللغة ويؤثر فى القدرة على التفاعل الإجتماعى ويؤثر فى السلوك بشكل عام .

وحوالى ٤٠ ٪ من الأطفال التوحديين لديهم تخلف عقلى مصاحب للمرض بدرجة أو بأخرى ووجد أن الأم فى فترة الحمل قد عانت من بعض الاضطرابات كالنزيف المتقطع أو المرض وتعاطى الأدوية ، أو أن فترة ما قبل الولادة وفترة الولادة وما بعدها قد حدث فيها بعض المشكلات التى يمكن أن تؤثر على مخ هؤلاء الأطفال .

وتلثى حالات التوحد تستمر تعاني من بعض الأعراض حتى فى سن الرشد فيغلب عليهم العزلة والإنطواء ومحدودية التفكير والتصلب وإتباع عادات وطقوس ثابتة أما الثلث الآخر فيتحسن ويعيش حياة شبه طبيعية .

وأفضل العلاجات لهذه الحالات هو العلاج السلوكى مع وضع هؤلاء الأطفال فى فصول خاصة تحت إشراف مدرسين وإخصائيين نفسيين يعرفون طبيعة هذا المرض ويتعاملون معه بشكل علاجى .

وتوجد علاجات دوائية تحسن كثيراً من الإضطرابات السلوكية لهؤلاء الأطفال نذكر منها الهالوبيردول والريسبيردون وغيرها ، وهى تؤخذ لفترات طويلة وتساعد الأسرة والمدرسة على التعامل مع السلوكيات المضطربة لمثل هذه الحالات .

طفلي... يعمل بموتور

دخلت الممرضة إلى حجرة الكشف وهي تتوسل اليّ أن أسمح بدخول طفل جاء مع أبويه قبل دوره نظراً لما أحدثه في صالة الإنتظار من إضطراب شديد جعل بقية المرضى ومرافقيهم يوافقون بالإجماع على دخوله قبلهم رغم أنه آخر من حضر إلى العيادة .

وما أن إنفتح الباب حتى اندفع طفل في حوالى السابعة من عمره متجهاً إلى المكتب الذى أجلس خلفه وراح يعبث في الأدوات والتحف الموضوعة عليه حتى لم يعد شئ منها فى مكانه ، ثم إنطلق فى باقى أرجاء الغرفة يعبث بالفازات والزهور الطبيعية والصناعية والكتب الموضوعة على الأرفف ، وأنا أتابع كل هذا الهرج والمرج فى غرفة الكشف بقلق شديد ولكنى أحاول أن أبذو متماسكاً بحكم طبيعتى كطبيب نفسى يتعامل مع هذه الحالات فى كثير من الأحيان ، ولكن ما أثار غيظى هذه المرة هو أن أبويه لم يحاولوا إيقافه عن ذلك بل راحا يتفرجان عليه وهو يقلب محتويات الغرفة رأساً على عقب ، وغازطنى أكثر منظر أبيه وهو يرمقنى من تحت نظارته السمكية ليرى ماذا سأفعل حيال هذا الطفل المزعج وكأنه يختبر مدى قدرتى على السيطرة الطبية أو السحرية عليه ، وكأننى أسمعهُ يقول بينه وبين نفسه ، ورنى هاتعمل إيه بقى يافالح ، أو كأنه يسخر من الطب الذى فشل فى إيجاد حل لهذا المخلوق شديد الإضطراب ، أو أنه أراد أن يتركنى أذوق بعضاً من المر الذى يتجرعونه .

وهنا وجدتنى ألمم أشتات نفسى التى بعثرها ذلك الطفل الذى بدأ يتسلق الكراسى والجدران ، ووجدتنى أحول غيظى نحو أبويه إلى موقف حازم وجاسم تبلور فى أوامر صارمة للطفل بأن يجلس بجوار أمه وتابعت إصرارى على ذلك حتى جلس الطفل ، وحين فعل ذلك كافأته بأن أعطيته بلوك نوت صغير كان أمامى على المكتب مع قلم جاف زهيد الثمن ، وفرح الطفل بهذه الجائزة وراح يعبث فيه ليعطينى فرصة كى أستمع لتاريخ مرضه من أبويه ... وهنا بدأ أبوه حديثه وعلى شفثيه إبتسامته شامته :

أسف يادكتور على هذا ، ولكنى أردت أن تعيش مأساتنا ولو للحظات ، فنحن نعيش طول الوقت فى هذا الهرج والمرج ولا نستطيع أن نهذاً إلا حين ينام ، فهو لا

يكف عن الحركة وكأن هناك موتوراً يعمل بداخله ولا يسمح له بالسكون . لقد حطم كل شئ زجاجى فى الشقة ، ولم يبق لدينا أى أجهزة كهربائية تعمل فقد أتلّفها جميعاً ، أما البلكونات والشبابيك فقد أغلقناها بشبكات من السلك والحديد حتى لا يسقط منها حين يتسلفها .

ثم تابعت الأم الحديث :

- المشكلة الأكبر هى المدرسة الآن ، فقد استدعانا مدير المدرسة ونقل إلينا شكاوى كل المدرسين ، فهو لا يستطيع الجلوس على الكرسي لأكثر من دقيقتين ، ولا يكف عن الحركة داخل الفصل ومعاكسة زملائه حتى يفسد عليهم تركيزهم ، وهو مع هذا لم يتعلم أى شئ خلال وجوده فى الحضانه أو الصف الأول الابتدائى رغم أننى أذا أذاكر له كثير وأحضر له أكثر من مدرس خصوصى ، ولكنه لا يركز أبداً ، وينسى بمنتهى السرعة .

الطفل البكاء (الدكتاتور الصغير)

هو الطفل الأول والوحيد جاءنا بعد إشتياق حيث مكث مدة تزيد على ٤ سنوات بدون حمل ، ولما رزقني الله به كان هو كل شيء في حياتي و حياة أبيه بل و حياة العائلة كلها تركت وظيفتي من أجل التفرغ لتربيته ... ليلى ونهارى ملك له ... كل طلباته مجابه ، نسيت كل شيء من أجله وكلما أراد شيئاً يصرخ وإذا تأخرت عنه ولو دقيقة يضرب رأسه في الجدار أو في الأرض رغم أن عمره الآن سنتان والمفروض أن يقل بكأؤه في هذه السن كما رأيت في أطفال العائلة الذين هم في مثله قبل سنة ... والمشكلة الأكبر تكون في الليل حيث يظل مستيقظاً يريدنى أنا وأبيه أن نلاعبه طول الوقت فإذا غلبنا التعب وأردنا أن ننام يبكي ويصرخ ويجرى فوق السرير حتى نستيقظ ، وإذا نام بعد عناء طويل فإنه سرعان ما يصحو على بكاء شديد وصراخ مستمر فأحمله أنا أو يحمله أبوه ونظل ندور به في الشقة حتى يهدأ . وفى الأسبوع الأخير زاد بكأؤه أثناء الليل لدرجة أننا لم نعد ننام ، هذا بالإضافة إلى بكائه المستمر أثناء النهار وإصراره على أن أحمله طول الوقت فإذا غلبنا التعب وأردنا أنا وأبيه أن ننام يبكي ويصرخ ويجرى فوق السرير حتى نستيقظ ، وإذا نام بعد عناء طويل فإنه سرعان ما يصحو على بكاء شديد وصراخ مستمر فأحمله أنا أو يحمله أبوه ونظل ندور به في الشقة حتى يهدأ .

وفى الأسبوع الأخير زاد بكأؤه أثناء الليل لدرجة أننا لم نعد ننام ، هذا بالإضافة إلى بكائه المستمر أثناء النهار وإصراره على أن أحمله طول الوقت والأعبه رغم أن بقية الأطفال يمرحون ويلعبون من حوله . وفى الحقيقة رغم حبي الشديد له إلا أنني صفت به ذرعاً ، وأحياناً أفقد سيطرت على أعصابى وأصبره ، ولكنى أشعر بالذنب وأبكي وأحمله بين ذراعى حتى يهدأ أو أهدأ أنا ، وقد عرضته على أكثر من طبيب أطفال لعل يكون هناك شيء يؤلمه فأجمعوا كلهم أنه سليم تماماً من الناحية العضوية وأشاروا على بعرضه على طبيب نفسى ، بالمناسبة أنا أذكر أنه كان أيضاً كثير الحركة وهو جنين ولكننى كنت أفسر ذلك بأنه إستجابة لحالتى النفسية السيئة فى ذلك الوقت بسبب ضغوط نفسية تعرضت لها ، أو لأننى أنا نفسى عصبية ، وللعلم أبوه أيضاً عصبى وصوتنا دائماً مرتفع ونثور أنا وهو لأتفه الأسباب .

التعليق علي الحالة :

هذا الطفل عرف طعم القلق والإضطراب وهو ما يزال جنيناً في بطن أمه حيث كانت أمه مضطربة نفسياً وكان هذا الإضطراب يصله في صورة زيادة في الأدرينالين والكورتيزول ومواد كيميائية أخرى ، وحين ولد عاش بين أبوين عصبيين ثائرين أغلب الوقت ولأنفه الأسباب فوصلته رسالة مؤكدة مفادها أن الحياة غير آمنة وأنها في حالة صخب وثورة دائمين ، ولكن مع هذا وجد الجميع يحملونه ويدللونه ويلاعبونه طول الوقت فأصبح يشعر بالأمان فقط حين يكون محط الإهتمام والرعاية وينزعج جداً حين تغمض عنه العيون أو يبتعد عن دائرة الإهتمام ولو لحظة ، وقد تعلم من خلال تجاربه البسيطة أن البكاء يستدعي إهتمام الجميع وخاصة الأم لذلك أصبح البكاء هو سلاحه الوحيد للسيطرة على البيئة من حوله والإشباع حاجاته النرجسية في أن يظل محور الأهتمام طول الوقت وكأنه هو مركز الكون والكل يدور حوله . وقد أعطى له البكاء شعور بالقدرة والسيطرة على من حوله أي أنه أصبح دكتاتوراً مستبداً يتحكم في أمه وأبيه طول الوقت ويريد منهم الإذعان لإحتياجاته وأن لا تغفل أعينهم عنه لحظة . وعلى الرغم من صغر سنه إلا أنه يشعر أن أمه تشعر بالذنب حين تحاول أن تهمله أو تضربه ولذلك فهو يبتز مشاعرها طول الوقت ويدعها في حيرة بين تلبية كل مطالبه وبين الضيق والضجر من سلوكه المزعج وتكون النتيجة تراكم مشاعر متناقضة داخل الأم نحو هذا الطفل المشكلة .

والعلاج يبدأ من الأم التي يجب أن تتعلم السيطرة على مشاعرها حيث تتمكن من أن تمارس نوعاً من الحزم الطيب مع هذا الطفل المزعج وتعرف أنها ليست مطالبة بالضرورة أن تلبى كل إحتياجاته طول الوقت ، وتستطيع أن تهمل بكاءه معظم الوقت دون أن تشعر بالذنب أو تكون في حالة صراع ، ومع الوقت سيتعلم الطفل أن البكاء سلاح لا يجدى . إضافة إلى ذلك يجب أن يسود البيت جو من الهدوء والطمأنينة ليشعر الطفل بالأمان ، وهذا يتطلب أن يراجع الأبوين قلقهما ومخاوفهما ويتغلبان عليهما ، وأن يتعلما التحوار في هدوء وأن تكون إستجاباتهما للأحداث هادئة ومنطقية ، عندئذ يشعر الطفل بالأمان ويصبح قادر على أن يترك حضن أمه وينطلق ليلعب مع رفاقه مثل باقي الأطفال ، وإلى أن تتحقق هذه الأهداف يمكن إعطاء الطفل جرعات صغيرة جداً من أي مهدأ بسيط حتى يتمكن من النوم ليلاً ويعطى فرصة لأبويه ليأخذا قسطهما من الراحة .

طفلي الخائف المتردد

« لى طفل فى السنة الثالثة الإبتدائى يتمتع بذكاء مرتفع ويذاكر دروسه بشكل جيد ويحصل دائماً على أعلى درجة بين زملائه ومع هذا عندما يطلب منه المدرسين الإجابة عن سؤال أمام زملائه فى الفصل يصاب بحالة من الخوف والإضطراب ويتعلم فى الكلام وينطق الحروف بطريقة غير صحيحة ويفشل تماماً فى الإجابة رغم معرفته الجيدة لها . ويحدث هذا معى أيضاً فى البيت حين أفاجئه بسؤال معين ، ولذلك كثيراً ما أعنفه أنا أو أبوه بسبب هذا الشئ لأننا فى بيتنا نعتبر أن هذا الخوف عيب كبير لا يليق بإنسان سيصير رجلاً فى يوم ما ، ولكن كلما فعلنا ذلك زاد خوفه وتردده وإضطرابه ..فماذا أفعل ؟ » .

هذا الطفل الذكى شديد الحساسية نحو الخطأ ونحو النقد يظهر خوفه وتردده فى المواقف الإجتماعية لأنه استقر فى وعيه من طريقة نشأته أنه لا يجب أن يخطئ أبداً لذلك إذا ساوره شك فى أن إجابته تحمل ولو ١ ٪ من الخطأ فإن قلقه يزداد ويتعلم لسانه وترتعد فرائضه ويفضل السكون على المغامرة بالإجابة حتى لا يتعرض للإنتقاد أو السخرية أو الرفض . وأهم شئ يحتاجه هذا الطفل هو القبول من الأم والأب ثم من الأسرة كلها ، قبول غير مشروط يشعر معه أنه محبوب وأن كلامه محبوب وأن الأبوين ينصتان إليه فى هدوء وراحة وسعادة ولا يستعجلانه فى الكلام ولا ينتقدان طريقة كلامه ولا يعنفانه ، بل على العكس يفرحان بكل كلمة ينطقها ويستوعبانها ويفهمانها ويستجيبان لها ، عندئذ سيشعر أن كلامه له وقع حسن على الناس فيشجعه ذلك على مزيد من التعبير عن نفسه دون خوف أو تردد . وفى حالة هذا الطفل الحساس الذى يفتقد الى الثقة بالنفس يجب أن يقلل المحيطون به من إنتقاده أو توبيخه أو الصراخ فى وجهه أو إستعجاله للإجابة عن تساؤلاتهم أو لومه حين يعجز عن الإجابة ، لأنه يحتاج إلى الطمأنة والى القبول أكثر من حاجته إلى الإنتقاد ، وهناك خطأ يقع فيه بعض الآباء وهو أنهم لا يسمحون لأطفالهم بالجلوس حيث يجلس الكبار من الأهل أو الأصدقاء وينهرون الطفل إذا اقترب منهم مدعين بأن هذا عيب وأن هذا مجلس كبار فقط ، وهذا الموقف يولد لدى الطفل رعباً من الكبار وخوفاً من مواجهتهم فضلاً عن الحديث معهم . لذلك من الأفضل أن يتيح الفرصة للطفل أن يحضر معنا

مجالس الكبار وأن نفرح بمشاركته الحديث معنا وأن نحترم وجهة نظره ولا نسفها أو نستهيين بها .

النفطة الثانية هي أن هناك بعض الأسر تضع قيوداً شديدة على التعبير عن النفس أو المشاعر وتعتبر ذلك نوع من الوقاحة ، وهنا يفضل الطفل أن يوجه كل شيء لديه إلى الداخل وهذا يحرمه من التفاعل الإجتماعى مع الآخرين ويدفعه للإنبواء والخجل .

والطفل أولاً وأخيراً فى حاجة إلى جو من السماح يمارس فيه التجربة والخطأ لكي يتعلم ، فإذا خلقنا لديه رعباً من الوقوع فى الخطأ فإنه سيحجم عن أى محاولة وسيتوقف عن المغامرة ويلوذ إلى السكون والجمود بحثاً عن الأمان وإيثاراً للسلامة ، وهنا يكمن الخطر فى توقف نموه العقلى والإنفعالى والسلوكى وفى بعض الحالات نجد أن الأبوين يبالغان فى عقاب الطفل لذلك يصبح الطفل مرعوباً من هذا العقاب القاسى فيكبر وقلبه ملى بالخوف من عقاب الآخرين وتوقع الإنتقام منهم .

وهذه الحالات التى ذكرناها لو لم يتم تداركها فى الصغر فإنها تفرز ما يسمى بحالة « الرهاب الإجتماعى » ، وهى حالة من الخوف الشديد تنتاب الشخص حين يواجه الناس فى أى مكان ولا يستطيع التحدث أمامهم حيث ترتعش أطرافه ويتهدج صوته وتتقطع أنفاسه ويتصفد عرقه ويحمر وجهه أو يصفر ، لذلك فهو يحاول جاهداً أن يتجنب الموقف الإجتماعى وهذا ربما يخلق له مشاكل عديدة خاصة إذا كان مدرساً أو خطيباً أو إضطرته ظروفه للتعامل مع مجموعات من الناس وهى حالة مرضية تحتاج للعلاج الدوائى والنفسى .

أبني يرفض المذاكرة

« ابني طالب في الصف الثاني الثانوي كان متفوقاً جداً حتى أتم الشهادة الإعدادية ، ولكنه الآن لا يريد أن يذاكر رغم أن الإمتحانات على الأبواب ، ويريد أن يقضى وقته كله بين التلفزيون والإنترنت والألعاب الأخرى وخاصة « البلاي ستيشن » وقد حاولت معه بكل وسائل الترغيب والترهيب فأنا أعلم مدرسة ولدى خبرة معقولة في الوسائل التربوية ، ولكن للأسف باءت كل محاولاتي بالفشل ، بل على العكس كلما ازدادت محاولاتي لدفعه للمذاكرة إزداد هو عناداً ، وأنا الآن في حالة نفسية سيئة جداً لأنه الابن الوحيد لي ووالده يسافر كثيراً ولا يعلم شيئاً وأنا المسؤولة عنه في كل شيء وهو كل حياتي ولا أتحمّل أن يضع مستقبله أمام عيني ، وهو للأسف الشديد لا يهتم بمستقبله وكأن الموضوع لا يعنيه في شيء على الرغم من أنه طوال مرحلة طفولته كان طفلاً مطيعاً ومهذباً ، وكنت أعطيه كل وقتي وكان يحقق نتائج ممتازة ، ولكنه الآن متمرد وغير مهتم بأي شيء غير اللعب ، ولست أدري ماذا أفعل معه » .

هذه الحالة تحوى مشكلات متعددة ومتداخلة لا بد من رؤيتها جميعاً حتى نحسن التعامل معها ، فهذا الطالب هو الابن الوحيد ، والأبن الوحيد في كثير من الأحيان يكون مشكلة حيث تحيطه الأسرة وخاصة الأم بكل أنواع الرعاية والحماية والتي كثيراً ما تتجاوز القدر الصحي المطلوب فينشأ الطفل ولديه ميول حب الذات والأنانية والإعتمادية على الآخرين في تحقيق رغباته ، وعدم الشعور بالمسؤولية وعدم القدرة على القيام بالواجبات المطلوبة منه تجاه أسرته أو أسرته ، ولا تظهر المشكلات في الطفولة المبكرة حيث أن هذه الصفات لا تكون مزعجة للأسرة في هذه المرحلة ، ولكنها تظهر وبوضوح في مرحلة المراهقة حيث تكتشف الأم أن ابنها لا يشعر بمسؤولية تجاه نفسه أو تجاه أسرته أو تجاه مستقبله فهو يعيش حتى هذه المرحلة كطفل مدلل لا يهتمه غير البحث عن اللذة في وسائل التسلية أو الجلوس السلبي في البيت . ومن الواضح أن الأم قد ساهمت دون أن تدري في تأخير نضج هذا الابن حيث أنها عاشت حالة من الوحدة بسبب غياب أبيه فحاولت أن تملأ حياتها طوال الوقت بالانشغال بهذا الطفل الوحيد فتذاكر له دروسه وتفعل كل شيء وتحرص على أن يظل

خاصةً لها ومرتمياً في أحضانها طول الوقت ، ولذلك لا يستطيع هذا الطفل أن ينضج وأن يتحمل أى مسئولية وهو يرى أن موضوع الدراسة مشكلة تخص أمه وليست مشكلته هو ولذلك فهو يستخدم هذا الأمر للضغط على أمه وإبتزازها أحياناً ، بحيث إذا أراد أن يغضبها يتوقف عن ذلك فأصبحت الدراسة لعبة يلاعب بها أمه وليست واجباً أو شيئاً يحدد مستقبله وكلما ازدادت حيرة الأم وإضطرابها كلما ازدادت سعادة هذا الابن لأن هدفه أصبح الضغط على الأم والتحكم فيها من خلال موضوع المذاكرة ، أى أن الموضوع تحول إلى وسيلة ، للي ذراع الأم ، لا أكثر ولا أقل والأم يزداد قلقها مع الوقت لأنها تشعر بمسئولية ضخمة تجاه ابنها فيلومها الأب ويلومها الناس على تقصيرها أو خطئها في تربيته على الرغم من أنها أعطته كل شئ في حياتها بل أصبح هو حياتها . هذا القلق الشديد لدى الأم يؤدي إلى إضطراب شديد في علاقتها بالابن حيث يزداد إصرارها على نجاحه في حين يزداد عناد الابن وتمرده وبهذا يدخل الإثنان في صراع دائم تختفى معه معالم الحب والحنان داخل البيت لأن الأم تحولت إلى مدرسة كثيرة الإلحاح والضغط والابن تحول إلى طالب شقى مشاغب متمرّد . وربما لا يستطيع الإثنان الخروج من هذه الدائرة المغلقة دون تدخل علاجي رشيد يعيد الأمور إلى نصابها وهو ما نسميه بالعلاج النفسى الأسرى ويتم في عدة جلسات تحضرها الأم مع الابن والأب حيث تتم مناقشة كل العوامل سألغة الذكر في جو من التعاون وعدم محاولة إلقاء اللوم على أى طرف من الأطراف فالكل يعانى والكل يحتاج إلى المساعدة فالأم يجب أن تبدأ في رفع وصايتها عن الابن وأن تتعود أن تعيش حياتها بشكل أفضل وتعيد تقوية علاقتها بزوجها - تلك العلاقة التى أدى احباطها إلى اندفاع الأم نحو ابنها تختصه بمشاعرها الزائدة وتوقفه بمخاوفها وأحزانها وإذا نجحت الأم في إعادة ضبط المسافات بينها وبين زوجها وبينها وبين الابن يصبح هناك أمل في تعديل توزيع المشاعر داخل الأسرة ، ويبدأ الابن في التحرر من القيود الحريية التى كبلته بها الأم ، المحبة القلقة الوحيدة المحبطة ، وهنا يلوح الأمل في إمكانية نصح الابن ولكن بعد وقت كاف وبمساعدة من الأب الذى تخلى عن مسئوليته التربوية فى السابق وانتشغل بنجاحه الشخصى أو بجمع المال ولم يعط نموذجاً للرجولة الناضجة المسؤولة للابن فنشأ الأخير ضعيفاً رخواً طفيلياً . وفى هذه الجلسات العلاجية سوف يعطى الابن وقتاً كافياً للتعبير عن مشاعره وعن صعوباته ، ثم يلى ذلك تبصيره بالمشكلات القائمة وإشراكه بشكل إيجابى فى حلها لكى ننفذ ما يمكن إنقاذه فى الوقت القصير المتبقى على الإمتحانات وخاصة أننا سنطلب من الأم أن تترك دور

المدرسة فى المنزل وتعود لممارسة الأمومة مع الإبتعاد عن الالاح والتدخل الدائم فى حياة ابنها ، ونعلن للإبن أنه من الآن مسئول عن مستقبله وعن دراسته وأن الأسرة سيقصر دورها على توفير جو ملائم له لكى يساعده على القيام بواجبه وسنعلن أن من حق الأسرة التحكم فى وسائل التسلية فى الفترة التى تسبق الإمتحانات حتى تعطى الفرصة للإبن للقيام بواجبه فى هذه الظروف الجادة ، وله الحق بعد ذلك فى الإستمتاع بهذه الوسائل فى فترة الإجازة .

ويجب أن ننتبه إلى أن هناك عامل آخر مهم يأتى من خارج دائرة الأسرة ، وهو أن العملية التعليمية أصبحت فى الوقت الحالى تخلو من الجوانب الوجدانية التى تجعلها محببة إلى الطلاب وتحولت بسبب الدروس الخصوصية وأسباب أخرى إلى عملية حشو قسرى للمعلومات بهدف تحقيق أعلى الدرجات ، والطالب لا يشعر بالحماس تجاه ما يجرى ولكنه مجبر على الإنصياع بلا روح لهذه العملية . ومن هنا يجب مراجعة هذا الموقف على المستوى العام حتى لا نفاجأ بتمرد أبنائنا وعنادهم وسلبيتهم .

المراجع

المراجع العربية

- * إبراهيم ، عبد الستار ، والدخيل . عبد العزيز عبد الله ، إبراهيم ، رضوى (١٩٩٣) . العلاج السلوكي للطفل لسلسلة عالم المعرفة ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ، الكويت .
- * أبو العزايم ، محمود (٢٠٠٢) ، مشاكل الطفولة . دار الطباعة والنشر الإسلامية ، القاهرة .
- * السبيعي ، عدنان (١٩٩٧) . الصحة النفسية للجنين ، و الصحة النفسية للمولود والرضيع ، و الصحة النفسية لأطفال الحضانة والروضة ، و الصحة النفسية لأطفال المدرسة الابتدائية ، دار الفكر ، دمشق ، سورية .
- * المهدي ، محمد عبد الفتاح (١٩٩٩) ، الصحة النفسية للطفل ، الطبعة الأولى ، القبطان للطباعة والنشر ، المنصورة .
- * آدم ، حاتم محمد (٢٠٠٣) . الصحة النفسية للطفل من الميلاد وحتى ١٢ سنة ، مؤسسة إقرأ للنشر والتوزيع والترجمة ، القاهرة .
- * باحارث ، عدنان حسن صالح (١٩٩١) . مسئولية الأب المسلم فى تربية الولد فى مرحلة الطفولة ، الطبعة الرابعة ، دار المجتمع للنشر والتوزيع ، جدة ، السعودية .
- * بيومى ، صلاح (٢٠٠٢) التنشئة والشخصية .. الطفل بين الواقع والمستقبل . دار المعارف ، القاهرة
- * بينسول ، بيتزل ، وجالبرت ، جودة ، وإيسبيلاند ، باملا (٢٠٠٣) . أبناؤنا وأسباب النجاح ، مكتبة الأسرة ، مهرجان القراءة للجميع ، مصر .
- * جرجس ، ملاك (١٩٨٦) . المشكلات النفسية للطفل وطرق علاجها . كتاب الحرية ، دار الحرية للصحافة والطباعة والنشر ، القاهرة .
- * جرجس ، ملاك (١٩٩٥) مشاكل الأطفال النفسية ، كتاب اليوم الطبي ، عدد ١٦٣ ، القاهرة .

- * حمودة ، محمود عبد الرحمن (٢٠٠٥) . الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج . الطبعة الثالثة ، مركز الطب النفسى والعصبى للأطفال ، القاهرة .
- * سبوك (بدون تاريخ) . « تربية الأبناء فى الزمن الصعب » ، « مشاكل الآباء فى تربية الأبناء » ، « ما أحلى أن تكون مراهقاً » ، « طفلك أذكى مما تتصور » . ترجمة منير عامر (١٩٩٧) ، مطبوعات أخبار اليوم ، قطاع الثقافة ، القاهرة .
- * سيد أحمد ، السيد على ، ويدر ، فائقة محمد (١٩٩٩) . اضطراب الإنتباه لدى الأطفال .. أسبابه وتشخيصه وعلاجه . الطبعة الأولى ، توزيع مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
- * شعلان ، محمد (بدون تاريخ) . النفس من المهد إلى اللحد . الطبعة الثانية ، الجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعى ، مركز شعلان للطب النفسى ، القاهرة .
- * على ، نبيل سليم (٢٠٠٣) ، الطفولة ومسئولية بناء المستقبل . كتاب « الأمة » ، العدد ٩٢ ، وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية - قطر .
- * عبد المحسن ، يسرى (١٩٩٧) . كيف تتعامل مع طفلك . كتاب اليوم الطبى . العدد رقم ١٨١ ، القاهرة .
- * علوان ، عبد الله ناصح (١٩٨٥) . تربية الأولاد فى الإسلام . دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع . القاهرة .
- * فهمى ، مصطفى (١٩٧٧) . سيكولوجية الطفولة والمراهقة . مكتبة مصر ، دار مصر للطباعة ، القاهرة
- * فهيم ، كلير (١٩٩٩) . الأطفال فى العيادة النفسية ، كتاب اليوم الطبى ، العدد رقم ٢٠٦ ، القاهرة .
- * قنطار ، فايز (١٩٩٢) . الأمومة .. نمو العلاقة بين الطفل والأم . عالم المعرفة ، ١٦٦ ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب - الكويت .
- * ميلر ، سوزانا (١٩٩٤) ، سيكولوجية اللعب عند الإنسان ، ترجمة حسن عيسى ، مراجعة محمد عماد الدين إسماعيل ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

* مجموعة مؤلفين (أحمد معاذ الحسيني ، بشير شكيب الجابري ، بهية الجش ، سليم عبد القادر ، سهيلة زين العابدين حماد ، عبد الكريم بكار ، عصام تليمة ، على الحمادي ، لمى الغلاييني ، منى عبد الفتاح يونس ، نوال السباعي ، هيثم مناع) (٢٠٠٤) ، ما لا نعلمه لأولادنا ، مركز الـراية للتنمية الفكرية ، جدة ، السعودية ، دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة . القاهرة .

المراجع الأجنبية

- * Jacobson , J and Jacobson, A (2001) Psychiartic Secrets , 2nd edition, Hanley and Belfus, US.
- * Morrow , J Yeager C and Lewis, D (1997) . Encopresis of boys in residential treatment . Child Abuse Negl 21 : 11 - 18 .
- * Sadock, Benjamin and Sadock, Virginia (2004) . Synopsis of Psychiatry , 9th. edition, Lippincott Williams and Wilkins New York.